DIE

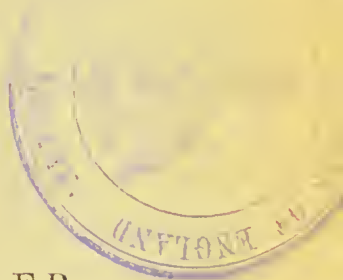
LUNGENSYPHILIS

und

ihr Verhältniss

zur

LUNGENSCHWINDSUCHT.



Von

Dr. JOH. SCHNITZLER,

K. K. A. O. PROFESSOR AN DER WIENER UNIVERSITÄT
UND VORSTAND DER ABTHEILUNG FÜR HALS- UND BRUSTKRANKE AN DER ALLG. POLIKLINIK.

MIT 8 HOLZSCHNITTEN.

WIEN, 1880.
URBAN & SCHWARZENBERG,
MAXIMILIANSTRASSE Nr. 4.

Separatabdruck aus der Wiener Medizinischen Presse 1879.

Vorwort.

Die folgenden Blätter enthalten Beobachtungen und Studien über Lungensyphilis.

Ein reiches Beobachtungsmaterial machte es mir möglich, eine Krankheit, die bisher nur noch vom pathologisch-anatomischen Standpunkte genauer gekannt war, nunmehr auch klinisch gründlicher zu studiren, d. h. sie in allen Phasen ihrer Entwicklung zu verfolgen, und die Diagnose, die bisher kaum über die Wahrscheinlichkeit hinaus ging, in den meisten Fällen mit voller Sicherheit zu stellen und wiederholt auch den Beweis für deren Richtigkeit zu erbringen, und zwar durch den Nachweis des meist gleichzeitigen Auftretens und des innigen Zusammenhanges der Lungensyphilis und der luetischen Affektion des Kehlkopfes. Denn erst dadurch war für die Diagnose der Ersteren eine sichere Basis geschaffen, und dies um so mehr, als ja die Erkenntniss der Letzteren, Dank den Fortschritten der Laryngoskopie, nicht mehr allzu schwierig ist.

Dass aber die Diagnose der Lungensyphilis nicht allein ein hohes wissenschaftliches, sondern auch ein grosses praktisches Interesse hat, braucht wohl nicht noch besonders betont zu werden, da ja mit der sicheren Erkenntniss des Leidens nunmehr auch eine erfolgreiche Behandlung möglich wurde; denn wenn irgendwo, so gilt hier der Satz: „Qui bene diagnoscit, bene medebitur“. Nur wer eine Krankheit richtig erkennt, wird sie auch mit Erfolg behandeln.

Deshalb habe ich auch in dieser klinischen Studie den Schwerpunkt auf die Erörterung der Möglichkeit des Erkennens der Krankheit gelegt und ich glaube dadurch nicht allein zur Diagnose, sondern auch zur Therapie der Lungensyphilis, die, nebenbei bemerkt, weit häufiger vorkommt, als bisher angenommen wurde, Einiges beigetragen zu haben, so dass der schmerzliche Ausruf Vidal's, gelegentlich der Beobachtung eines tödtlichen Falles von Lungensyphilis „On laisse mourir ainsi soi-disant tuberculeux faute de les traiter comme syphilitiques", in Hinkunft hoffentlich keine Berechtigung mehr haben wird.

Wien, im Oktober 1879.

Joh. Schnitzler.

Die Lungensyphilis gilt im Allgemeinen für eine äusserst seltene Krankheit; ja es gibt einzelne Autoren, die eine spezifische Erkrankung der Lunge in Folge von Syphilis gänzlich leugnen, andere, darunter bewährte Pathologen und erfahrene Kliniker, gestehen wohl die Existenz einer Lungensyphilis zu, bezweifeln jedoch die Möglichkeit ihrer sicheren Diagnose, indem sie mit der Lungenphthise, mit der sie in den Symptomen und im Verlaufe die grösste Aehnlichkeit hat, und von der sie selbst am Sezirtische nicht immer mit voller Bestimmtheit zu unterscheiden ist, leicht verwechselt werden kann.

Ich habe nun in den letzten Jahren diesem Gegenstande, der nicht allein von eminent praktischer Wichtigkeit, sondern auch von grossem wissenschaftlichen Interesse ist, meine Aufmerksamkeit geschenkt und meine diesbezüglichen Beobachtungen haben mich zur Ueberzeugung gebracht, dass die Lunge in Folge von Lues weit häufiger erkrankt, als dies bisher angenommen wurde; zugleich hat mich die Erfahrung gelehrt, dass die Diagnose der Lungensyphilis, wenngleich schwierig, doch durchaus nicht unmöglich ist, ja dass sie bei genauer Untersuchung und bei Erwägung aller subjektiven und objektiven Momente in vielen Fällen mit grosser Wahrscheinlichkeit, in manchen sogar mit voller Bestimmtheit gemacht werden kann.

In Folgendem will ich zunächst einige Fälle, bei denen ich die Diagnose auf Lungensyphilis gestellt habe und wo der weitere Verlauf meine Diagnose vollauf bestätigte, mittheilen und sodann auf Grund meiner eigenen und der anderen in der Literatur verzeichneten Beobachtungen eine

allgemeine Darstellung des gegenwärtigen Standes der Frage von der Lungensyphilis zu geben versuchen, wo insbesondere die Diagnose der Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenphthise, ihrer praktischen Wichtigkeit entsprechend, eingehend behandelt werden soll.

1. Fall. Infektion im Jahre 1870; nach einigen Monaten Drüsenanschwellung und Hautausschlag, die durch eine Schmierkur schwinden. Von da ab häufig Halsentzündungen. Im Jahre 1875 Kehlkopfgeschwüre; Heilung durch örtliche Behandlung. 1876 abermalige intensive Erkrankung des Kehlkopfes: Gummata und Ulzerationen; gleichzeitig treten Erscheinungen einer ernsten Lungenerkrankung auf: Fieber, Abmagerung, Husten und Infiltration im r. mittleren Lungenlappen. (Syphilitische Pneumonie.) Auf eine antisyphilitische Behandlung (Jodkali in grossen Dosen) heilen die Geschwüre im Kehlkopfe und schwindet das Infiltrat in der Lunge. Nach zwei Jahren erneuertes Ausbrechen der Lues als Ozaena syphilitica und gleichzeitig mit dieser wieder Infiltration in der Lunge. Auf Jodeisen innerlich und Sublimat-Einspritzungen in die Nase bessert sich die Ozaena und schwindet die Infiltration in der Lunge.

Frau M. K., jetzt 32 Jahre alt, kam zum erstenmale im August 1875 auf meine Abtheilung an der allgemeinen Poliklinik. Sie klagte über Halsschmerzen. Ich fand ein ziemlich grosses Geschwür, das sich vom linken Rande des Kehldeckels über die aryepiglottische Falte bis zum linken Stellknorpel hinzog. Der Sitz und das Aussehen des Geschwüres sprachen für Syphilis. Ueber mein Befragen gab die Patientin an, dass sie vor etwa 5 Jahren von ihrem Manne infizirt worden wäre. Sie bekam ein Geschwür an den Geschlechtstheilen, nach dessen Heilung einige Monate später Drüsenanschwellung und Hautausschläge folgten; nach einer Schmierkur schwanden diese allmälig. — Seit dieser Zeit litt sie häufig an Rachengeschwüren und Halsschmerzen, in Folge dessen sie öfter mit Lapis touchirt worden war, doch ohne besonderen Erfolg, da die Geschwüre und die damit verbundenen Halsschmerzen immer wiederkehrten. Die Hartnäckigkeit des Leidens führte sie endlich auf die Poliklinik, um hier Heilung zu suchen.

Da ich ausser dem erwähnten, wenngleich ganz charakteristischen Geschwüre im Kehlkopfe keine sonstigen Sym-

ptome von Lues fand, verordnete ich blos örtliche Behandlung und zwar tägliche Bepinselung des Kehlkopfes mit Jodglycerin. (Jod. p. 0,5 Kalihydrojod. 2,0 Glycerini 10,0.) Nach wenigen Wochen war das Geschwür gänzlich geheilt. Einige Monate später kam die Patientin wieder. Sie hatte abermals Halsschmerzen. Jetzt zeigte sich ein ähnliches Geschwür, wie wir es früher auf der linken Seite gesehen, auf der rechten Hälfte des Kehldeckels, das sich über die rechte aryepiglottische Falte hinweg, bis zum rechten Stellknorpel hinzog. — Die gleiche Behandlung wie früher hatte auch jetzt denselben Erfolg. — Die Patientin schien geheilt, und ich sah sie erst nach längerer Zeit wieder.

Als sie sich da wieder vorstellte, es war dies im Juli 1876, war ich nicht wenig überrascht von der Veränderung, die mit der Patientin vorgegangen war. Die früher frisch und blühend aussehende Frau war fahl, abgemagert, hustete, fieberte und klagte über Brust- und Halsschmerzen. Kurz sie bot schon auf den ersten Anblick das Bild einer subakut verlaufenden Phthise.

Eine genaue Untersuchung ergab Folgendes: Der Körper abgemagert, die Temperatur erhöht, der Puls beschleunigt. Der Thorax gut gebaut, breit und gewölbt. Die Perkussion der Lunge ergab vorn beiderseits hellen vollen Schall, auch in der Supra- und Infraklavikulargegend; eben so war rückwärts oben ein ziemlich heller und voller Schall, erst am rechten unteren Skapularwinkel zeigte sich Dämpfung in einem grösseren Umfange. Die Auskultation ergab daselbst unbestimmtes Inspirium und bronchiales Exspirium, theils gross-, theils kleinblasige Rasselgeräusche; an den übrigen Partien der Lunge zumeist rauhes, unbestimmtes Athmen und Rasselgeräusche.

Nach diesem Befunde war mein erster Gedanke, dass wir es mit einer Lungenphthise zu thun haben; wenngleich die Infiltration nicht wie gewöhnlich zuerst in der Lungenspitze, sondern im mittleren Lungenlappen aufgetreten war.

Die laryngoskopische Untersuchung, die ich hierauf vornahm, änderte jedoch meine Anschauung über das Wesen der Lungenkrankheit. Ich fand nämlich das folgende interessante und charakteristische Bild: Der Kehldeckel bedeutend verdickt, in der Mitte des hinteren freien Randes ein

gelblichrother am Rande exulzerirter Knoten; von hier ziehen sich die Geschwüre gleichmässig nach den beiden Seiten über die aryepiglottischen Falten bis zu den Giesskannenknorpeln hin, an deren äusserem Rand sie sich bedeutend vertiefen. Der Gummaknoten, die tiefen Geschwüre mit ihrem speckigen Belage, ihren scharfen zackigen Rändern, liessen mich keinen Augenblick mehr im Zweifel über die Natur des Prozesses.

Wir hatten es offenbar mit einem erneuerten Ausbruche der Syphilis im Kehlkopfe zu thun und es lag somit nahe, auch das Lungenleiden, das gleichzeitig mit der neuerlichen Kehlkopferkrankung aufgetreten war, auf dieselbe Ursache zurückzuführen.

Ich glaubte mich aber umso eher berechtigt, hier die Syphilis als die Ursache der Lungenerkrankung anzunehmen, als bei der Patientin keine hereditäre Anlage zur Phthise vorhanden (die Mutter lebt noch, der Vater ist an einer Darmverschlingung gestorben, in der Familie überhaupt keine Schwindsucht), und auch der Sitz des Infiltrates, nicht, wie bei der Lungenphthise gewöhnlich an der Spitze, sondern wie in den meisten Fällen von syphilitischer Pneumonie im mittleren Lungenlappen war. Ausserdem hat Patientin früher nie gehustet, der Brustkorb war breit und gewölbt und, was nicht unerwähnt bleiben darf, die Kranke lebte gerade jetzt in einer Sommerfrische in der Nähe von Wien in gesunder Luft und relativ guten Verhältnissen. Aus diesen Gründen erklärte ich die Lungenerkrankung bei unserer Patientin für eine syphilitische Pneumonie und verordnete Jodkali in grossen Dosen. Anfangs 2, später 3—5 Grm. täglich; ausserdem bepinselte ich jeden zweiten Tag den Kehlkopf mit der früher erwähnten Jodglycerinlösung.

Der Erfolg dieser Therapie war ein überraschend günstiger. Das Fieber hörte bald auf, die Patientin erholte sich von Tag zu Tag, die Kehlkopfgeschwüre reinigten sich immer mehr und heilten endlich vollständig, wenn auch, wie dies natürlich, mit grossen Substanzverlusten, so dass der Kehldeckel fast gänzlich weggefressen wurde. Die Dämpfung über den mittleren Lungenlappen, sowie das bronchiale Athmen und die Rasselgeräusche daselbst schwanden,

der Husten hörte allmälig auf und die Patientin sah nach einiger Zeit wieder recht gut aus. (Zu erwähnen wäre noch, dass ich gegen das Fieber anfangs Chinin versuchte, doch ohne jeden Erfolg; dasselbe hörte erst auf, als die Patientin Jodkali in grossen Dosen nahm.)

Fig. 1 zeigt uns den Kehlkopf, als die Syphilis in höchster Blüthe stand, Fig. 2 zeigt den Kehlkopf nach seiner Heilung; ersteres Bild datirt vom Anfang Juli 1876, das letztere von Ende September desselben Jahres.

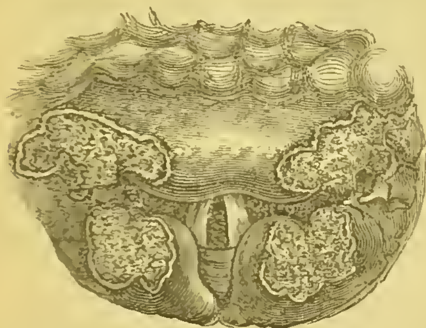


Fig. 1.



Fig. 2.

Ich sah sodann Frau K. durch längere Zeit nicht; erst im September 1878, also nach fast zwei Jahren, kam sie wieder, abermals schlecht aussehend, abgemagert, über Husten und Brustschmerzen klagend; was sie aber am meisten beängstigte und sie eigentlich wieder auf die Poliklinik führte, war ein bereits seit mehreren Wochen anhaltender starker Schnupfen mit übelriechendem Ausfluss aus der Nase. Die Untersuchung der Lunge zeigte abermals Dämpfung, im mittleren und unteren Lungenlappen, diesmal aber in beiden Lungen (doch rechts mehr als links) nebst bronchialem Athmen und Rasselgeräuschen daselbst.

Bei der rhinoskopischen Untersuchung fand ich die Nasenschleimhaut stark geröthet und geschwellt, mit grünlich-braunen fest adhärirenden Borken besetzt, nach deren Entfernung sich theils seichtere, theils tiefere Geschwüre, namentlich an der unteren Partie der Nasenschleimhaut, zeigten.

Das Kehlkopfbild war unverändert geblieben: Mangel der Epiglottis, Narben an den aryepiglottischen Falten und den beiden Aryknorpeln.

Es war nach obigem Befunde in der Nase kein Zweifel,

dass wir es mit einer Rhinitis syphilitica zu thun hatten, und da abermals gleichzeitig mit dem Auftreten der Ozaena auch die Infiltration in der Lunge wiederkehrte, glaubte ich auch diese ungezwungen auf einen neuerlichen Ausbruch der Syphilis zurückführen zu dürfen. Da die Patientin sehr herabgekommen war, gab ich jetzt statt des Jodkali Jodeisen durch mehrere Wochen, worauf die Lungenaffektion wieder schwand und die Patientin sich rasch erholte. — Gegen die Ozaena machte ich Einspritzungen von Sublimat mittelst meines Zerstäubungsapparates, worauf sich auch diese allmälig besserte.

Ob der Prozess schon jetzt (Ende Dezember 1878) ganz abgeschlossen ist, möchte ich fast bezweifeln.

Ich habe die Pat. im Laufe der $3^1/_2$ Jahre in meinen Kursen wiederholt demonstrirt und besprochen, und meine Schüler konnten alle den interessanten Verlauf dieses Falles mit beobachten.

Meine Diagnose der Lungensyphilis stützte sich in diesem Falle auf folgende Momente: Die Erkrankung der Lunge trat gleichzeitig mit dem neuerlichen Ausbruche der Syphilis im Larynx auf; die Infiltration war im mittleren Lungenlappen, wie dies bisher in den meisten Fällen von syphilitischer Pneumonie beobachtet wurde, und nicht an der Lungenspitze, wie dies bei Phthise gewöhnlich. — Gegen letztere Erkrankung sprachen die Konstitution der Patientin, ihr bisheriges Befinden und der Mangel jeder hereditären Disposition zur Phthise. Bestätigt wurde meine Diagnose durch den Erfolg der spezifischen Behandlung und weiters noch durch die abermalige gleiche Erkrankung der Lunge bei dem Wiederauftreten der Lues in anderen Organen und durch den abermaligen Erfolg der antisyphilitischen Therapie.

Es lässt sich jedoch nicht immer und am wenigsten gleich bei der ersten Untersuchung die Diagnose auf Lungensyphilis stellen, in vielen, ja in den meisten Fällen gibt uns erst der weitere Verlauf Klarheit über das Wesen der Krankheit.

Höchst lehrreich war in dieser Beziehung für mich der folgende Fall, den ich zwar schon vor mehreren Jahren behandelt habe, der aber seitdem ununterbrochen in meiner Beobachtung steht.

2. Fall. Kehlkopf- und Lungensyphilis unter den Erscheinungen einer schweren Kehlkopf- und Lungenphthise verlaufend. Heilung durch längere Zeit fortgebrauchte Jodkur. — Vier Jahre später Rezidive. Heilung durch eine systematische Inunktionskur.

Der Patient bot zur Zeit, als ich ihn zum erstenmale sah, das ausgesprochene Bild einer subakut verlaufenden Lungenphthise und war, als ich ihn in meine Behandlung nahm, allem Anscheine nach dem Tode nahe, bis er nach der richtigen Erkenntniss des Leidens als Kehlkopf- und Lungensyphilis durch eine entsprechende spezifische Behandlung der drohenden Gefahr entrissen wurde.

Der Kranke, etwa 30 Jahre alt, fieberte, hustete, war abgemagert und hatte Schlingbeschwerden, die sich in den letzten Tagen derart gesteigert hatten, dass er fast gar nicht mehr oder doch nur unter den grössten Qualen schlucken konnte. Die Stimme klang tonlos und heiser.

Der behandelnde Arzt hatte die Diagnose auf Lungentuberkulose gestellt und Prof. Löbl, der zur Konsultation gerufen war, bestätigte diese Diagnose und stellte auch dem entsprechend die Prognose höchst ungünstig, indem er der Familie des Kranken gegenüber ausdrücklich erklärte, der letale Ausgang wäre in den nächsten Wochen zu gewärtigen.

Nun wurde ich zu Rathe gezogen. Als ich den Kranken zum ersten Male sah, musste ich den Anschauungen der früheren Aerzte in Bezug auf Diagnose und Prognose um so eher beistimmen, als auch die physikalische Untersuchung der Lunge (über beide Lungen etwas kürzerer, hie und da auch schwach tympanitischer Schall, das Athmungsgeräusch, theils unbestimmt, theils schwach bronchial von verschiedenen, gross- und kleinblasigen Rasselgeräuschen begleitet) kaum eine andere Deutung zuliess.

Da ich jedoch hauptsächlich wegen der laryngoskopischen Untersuchung gerufen war, musste ich zunächst dieser meine besondere Aufmerksamkeit schenken.

Bei der Inspektion des Rachens fand ich, dass das Zäpfchen und ein Theil des weichen Gaumens gänzlich fehlten; an der hinteren Rachenwand zeigten sich strahlige Narben, die sich bis hoch in den Nasenrachenraum hinaufzogen.

Der Kehlkopfspiegel zeigte das folgende Bild (Fig. 3):

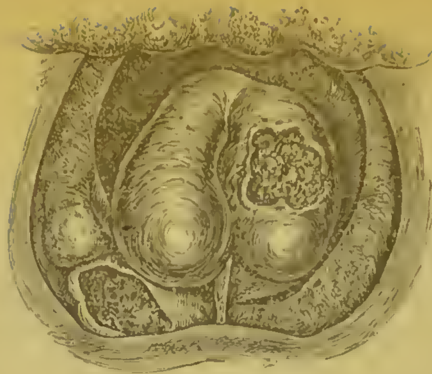


Fig. 3.

Die Epiglottis auf das 4- bis 6fache des normalen Durchmessers verdickt und muldenförmig zusammengerollt; auf ihrer linken Hälfte, u. z. auf deren oberer Fläche, ein grosses tiefes, gelblichweiss belegtes Geschwür, mit auffällig starren, speckigen Rändern; ein ähnliches, „typisches", nur etwas kleineres Geschwür an der hinteren Kehlkopfwand, und zwar an der äusseren Seite des rechten Aryknorpels; die ganze Kehlkopfschleimhaut, wie auch die Stimmbänder, soweit sie hier sichtbar waren, geröthet und geschwellt. Die Aryknorpel in Folge ihrer starken Schwellung nur wenig beweglich.

Aus diesem Befunde schloss ich auf Larynxsyphilis.

Da ich damals über Lungensyphilis noch nicht viel Erfahrung hatte, hielt ich das gleichzeitige Auftreten der Kehlkopfsyphilis mit dem Lungenleiden blos für eine schlimme Kombination, wie sich ja so oft Lungenphthise zur Larynxsyphilis gesellt.

Die Anamnese ergab, dass Pat. früher immer gesund war, namentlich hatte er nie die geringsten Beschwerden von Seiten der Athmungsorgane. Diese hatten sich erst vor einigen Monaten unter Husten und Fieber eingestellt; bald darauf waren Heiserkeit und Schlingbeschwerden aufgetreten. — In der Familie war keine hereditäre Anlage zur Lungensucht vorhanden. — Ueber Befragen gestand der Kranke zu, dass er sich vor etwa 4—5 Jahren infizirt hatte. Wenige Wochen nach der Infektion folgten Drüsenschwellung, verschiedene Hautausschläge und häufige Halsschmerzen. — Auf innerliche Mittel trat scheinbare Heilung ein. — Seit etwa sechs Monaten bemerke er am Unterschenkel ein Geschwür,

das in letzter Zeit immer grösser wurde. Gleichzeitig waren auch die Halsschmerzen häufiger und intensiver geworden; doch schenkte er all diesen Erscheinungen keine besondere Beachtung, da das immer stärker hervortretende Lungenleiden seine ganze Aufmerksamkeit, wie auch die seiner behandelnden Aerzte, in Anspruch nahm.

Nach diesen Angaben, in Verbindung mit dem geschilderten Befunde war für mich über die Diagnose kein Zweifel mehr. Es handelte sich jedoch hier weniger um theoretisches Raisonnement, als um aktives Eingreifen. — Der Patient hatte heftige Schmerzen, namentlich beim Schlingen, und konnte in Folge dessen seit Tagen nichts mehr geniessen, weder flüssige noch feste Nahrung, so dass ihm der Hungertod drohte, wenn ihn nicht früher das mit hohem Fieber einhergehende allgemeine Leiden von seinen Qualen erlösen sollte. Ich musste also vor Allem trachten, die Larynx-Ulzerationen zu heilen. Auf meine Erfahrung gestützt, versuchte ich zunächst Bepinselungen des Kehlkopfes mit Morphin und Jodglycerin. In Folge der Bepinselung mit Morphin, später auch Einblasungen und Einspritzungen von Narcoticis liessen die Schmerzen nach und Dank der Wirkung der Jodbepinselung nahm die Schwellung des Kehldeckels ganz unerwartet rasch ab und heilten allmälig auch die Geschwüre. — Innerlich gab ich Jodeisensyrup, später Jodkali in grossen Dosen (2—4 Gramm pro die).

In dem Masse als sich das Kehlkopfleiden besserte, und der Kranke wieder etwas geniessen konnte, hoben sich die Kräfte, nahm die Ernährung wieder zu, das Fieber liess nach und der intensive Lungenkatarrh wich allmälig. Nach wenigen Monaten war der Kranke zur grossen Ueberraschung seiner Angehörigen gänzlich hergestellt.

Da der Fall eine hier sehr bekannte Persönlichkeit betrifft, musste ich mich auf diese allgemeinen Angaben beschränken und füge nur noch hinzu, dass etwa 4 Jahre später mit dem gleichzeitigen Auftreten neuer Geschwüre am Unterschenkel auch wieder das Lungenleiden unter den Erscheinungen einer intensiven katarrhalischen (syphilitischen?) Pneumonie auftrat. — Eine im Vereine mit Prof. Kaposi durchgeführte systematische Inunktionskur stellte den Patienten wieder her. Die Geschwüre am Unterschenkel heilten,

das Lungenleiden schwand vollständig und ausser den Narben im Rachen und den bedeutenden Substanzverlusten am weichen Gaumen ist von seiner schweren Krankheit nichts mehr zu entdecken.

Die Diagnose der Lungensyphilis stützte sich in diesem zweiten Falle ähnlich wie in dem ersten auf das gleichzeitige Auftreten des Lungenleidens mit der unzweifelhaft syphilitischen Erkrankung des Kehlkopfes; ferner auf die sonstigen Symptome der allgemeinen Lues. Bestätigt wurde die Diagnose der Lungensyphilis auch hier durch den Einfluss der spezifischen Behandlung auf das Lungenleiden.

Einen dem eben geschilderten in vieler Beziehung ähnlichen Fall beobachtete ich vor einigen Monaten wieder.

3. Fall. Infektion vor 5 Jahren mit den gewöhnlichen Folgeerscheinungen: Drüsenschwellung, Hautausschläge, Heilung nach wiederholter Schmierkur. Nach 4 Jahren häufige, immer stärker wiederkehrende Halsschmerzen, die sich in letzterer Zeit bis zu einem sehr hohen Grade steigerten. Zuletzt Fieber, Husten, Athembeschwerden mit nachweisbarer Infiltration im mittleren und unteren rechten Lungenlappen. Gummata im Larynx. Heilung nach einer Jodkur.

E. M . . . . s, 25 Jahre alt, aus Russland, kam Anfang September 1878 in meine Behandlung. Er klagte über Husten, den er wohl schon seit längerer Zeit hatte, der aber erst in den letzten Wochen, wo sich Fieber hinzugesellt hatte, besonders hartnäckig und quälend war; seit einigen Tagen hatte er auch Athembeschwerden, die immer stärker wurden. Der Auswurf war ziemlich stark, hie und da blutig gefärbt. Die Stimme klang rauh, heiser. Fortwährende Halsschmerzen und hochgradige Schlingbeschwerden.

Bei der Untersuchung fand ich ein kräftig gebautes und verhältnissmässig gut genährtes Individuum, besonders wenn man berücksichtigte, dass der Kranke seit Wochen nur sehr schwer und mit grossen Schmerzen schlingen konnte, seit langer Zeit hustete und seit einigen Tagen auch fieberte und Athembeschwerden hatte.

Der Thorax war breit und schön gewölbt, das Athmen kurz und oberflächlich, besonders rechterseits. Ueber die ganze Lunge rauhes und unbestimmtes, rechts hinten unten

bronchiales Athmen, überall theils gross-, theils kleinblasige Rasselgeräusche zu hören.

Bei der Inspektion des Rachens sah man theils frische, theils in Heilung begriffene Geschwüre am weichen Gaumen, namentlich am Zäpfchen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab: Kehldeckel bedeutend vergrössert, verdickt und stark infiltrirt, mit zahlreichen kleineren, grösseren, meist zerfallenden Gummaknoten besetzt, so dass der ganze Kehldeckel eigentlich blos ein kolossales, hie und da durch knotige Einlagerungen unterbrochenes Geschwür darstellt. Oberflächlichere Geschwüre ziehen sich über die aryepiglottische Falte bis zu den Aryknorpeln hin. Der linke Aryknorpel verdickt, der rechte exulzerirt. Die Stimmbänder geröthet, verdickt und gegen den vorderen Winkel zu exulzerirt.

In Betreff der Anamnese erfuhr ich, dass sich der Kranke vor etwa 5 Jahren infizirte, dass einige Wochen nach der Infektion ein Hautausschlag mit gleichzeitiger Schwellung der Inguinaldrüsen folgte. Eine systematische Einreibungskur brachte diese Erscheinungen bald zum Schwinden; sie kehrten jedoch häufig wieder, so dass die Schmierkur mehrmals wiederholt werden musste. Patient war damals in Behandlung von Prof. Botkin in Petersburg.

Im Frühjahre 1878, wo das Halsleiden immer häufiger und hartnäckiger wurde, kam er nach Wien. Hier stand er mehrere Monate in Behandlung eines bekannten Fachmannes, bis ihn dieser den Sommer über zu seiner Erholung nach Ischl schickte. Daselbst verschlimmerte sich jedoch sein Leiden immer mehr, und als sich nebst stärkerem Husten auch Athembeschwerden einstellten, entschloss sich der Kranke Anfang September wieder hieher zurückzukommen, um mich zu konsultiren und meine ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Nach dem, was ich nun gehört und gesehen, war für mich die Diagnose nicht mehr zweifelhaft; indess wurde doch noch Hofr. Prof. v. Sigmund zu Rathe gezogen, der meiner Anschauung in Betreff der Lungenerkrankung, die ich für eine syphilitische Pneumonie erklärte, wohl beistimmte, sich aber dennoch zu der Bemerkung veranlasst sah, dass, wenn auch in diesem Falle keine hereditäre Anlage zur Phthise

von Seite der Eltern vorhanden sei, er mich doch aufmerksam mache, dass er gegenwärtig einen Bruder meines Patienten behandle, der nebst allgemeiner Syphilis eine ausgesprochene Phthise (Spitzeninfiltration) habe. Da sich übrigens auch bei diesem in den letzten Tagen Heiserkeit eingestellt habe, so möge ich ihn doch auch mit dem Kehlkopfspiegel untersuchen. Ich folgte dieser Aufforderung und fand, wie angegeben, nebst Spitzeninfiltration eine unzweifelhafte aber nicht weit vorgeschrittene syphilitische Erkrankung des Larynx. (Plaques und oberflächliche Geschwüre besonders am linken Stimmbande).

In Bezug auf diesen Fall, der für uns von keinem besonderen Interesse ist, indem er zur grossen Zahl der Alltagspraxis zählt, sei nur kurz bemerkt, dass ich die Spitzeninfiltration nicht auf Syphilis zurückführte, dass ich aber trotzdem in ihr keine Gegenanzeige für die Schmierkur fand, obgleich der Kranke sehr herabgekommen aussah. Eine von Prof. v. Sigmund angeordnete milde Inunktionskur in Verbindung mit täglich gebrauchten Sublimatinhalationen mittels des Schnitzler'schen Zerstäubungsapparates (Merc. sublim. corror. 0,1. Spir. vin. rect. 25,0, Aq. font. 75·0 — davon jedesmal 10 bis 20 Gramm verwendet) stellte den Kranken bald gänzlich her.

Nach dieser kurzen Abweichung kehren wir zu unserem Kranken zurück. Ich machte auch hier in der früher angegebenen Weise Bepinselungen des Kehlkopfes mit Jodglycerin und liess innerlich Jodkali, anfangs 2 Gramm, steigend, bis 5 Gramm täglich nehmen. Unter dieser Behandlung nahm die Schwellung der Kehlkopfschleimhaut rasch ab, die Gummaknoten verkleinerten sich und die Geschwüre heilten. — In demselben Verhältniss schwand auch sowohl der intensive Bronchialkatarrh, der den Kranken so lange gequält, wie auch die Infiltration der Lunge, von der man nach einigen Wochen mittelst der genauesten physikalischen Untersuchung kaum eine Spur mehr nachweisen konnte; so dass ich meinen Patienten nach dreimonatlicher Behandlung geheilt erklären durfte, natürlich mit Vorbehalt einer immerhin möglichen Rezidive des Leidens.

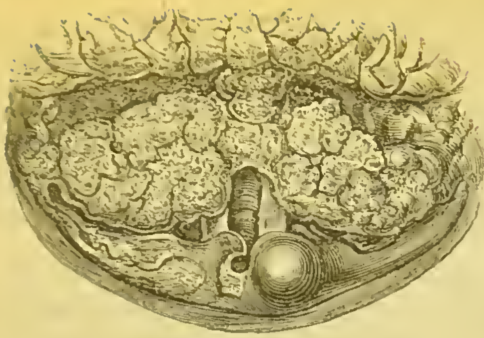


Fig. 4.



Fig. 5.

Die obigen, von Dr. Jul. Heitzmann nach der Natur gemachten Zeichnungen geben das Kehlkopfbild unseres Kranken zu Beginn und zu Ende der Behandlung. Fig. 4 zeigt uns die tiefgreifende Verschwärung des Kehlkopfes auf der Höhe der syphilitischen Erkrankung, Fig. 5 denselben Kehlkopf nach erfolgter Heilung.

Besonders interessant und lehrreich für die uns hier beschäftigende Frage ist der folgende Fall, den ich kürzlich zu beobachten Gelegenheit hatte.

B. R., Handarbeiterin, 26 J. alt, kam am 15. November 1878 auf die Poliklinik. Mit heiserer, kaum vernehmlicher Stimme klagte sie über Husten und Athembeschwerden. Der Husten und die bald darauf folgende Heiserkeit hatten sich vor etwa sechs Monaten, die Athemnoth in den letzten Wochen eingestellt. Alle diese Symptome haben sich in letzter Zeit wesentlich gesteigert, obgleich Patientin, wie sie angab, bereits seit mehreren Wochen von einem bekannten hiesigen Laryngoskopiker täglich mit Einblasungen von Alaun und Morphin behandelt wurde.

Patientin war blass, mager und machte ganz den Eindruck einer Phthisikerin. Dieser Eindruck wurde durch die physikalische Untersuchung der Brustorgane noch wesentlich bestärkt. Der Thorax war wohl ziemlich breit und gewölbt, der Lungenschall war jedoch an beiden Spitzen, sowohl vorne als rückwärts, etwas kürzer und das Athmungsgeräusch daselbst rauh und unbestimmt, von einem lauten laryngo-trachealen Stenosengeräusch gedeckt; ferner am linken unteren Schulterblattwinkel Dämpfung in grösserem

Umfange nachweisbar, daselbst bronchiales Athmen und zeitweilig Rasselgeräusche deutlich hörbar.

Nach diesem Befunde konnte wohl kaum an etwas Anderes als an Lungenphthise gedacht werden, und ich war daher nicht wenig überrascht, als ich im Kehlkopfspiegel ein ganz anderes Bild sah, als ich nach der bisher gehörten Anamnese und nach der Untersuchung der Brustorgane erwartete.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand ich: die ganze Kehlkopfschleimhaut dunkelroth; beide Stimmbänder an ihrem inneren freien Rande sägeförmig ausgezackt; die Aryknorpel geschwellt und nur wenig beweglich, namentlich in ihrer Bewegung beim Athmen gehemmt, so dass sie bei tiefer Inspiration kaum auf mehrere Millimeter auseinander wichen. Auf dem linken Aryknorpel ein kreisrundes, ziemlich tiefes, mit einem eiterigen Belag bedecktes Geschwür mit zackigen Rändern; ein ähnliches, nur etwas kleineres Geschwür am Rande des Kehldeckels (Fig. 6).

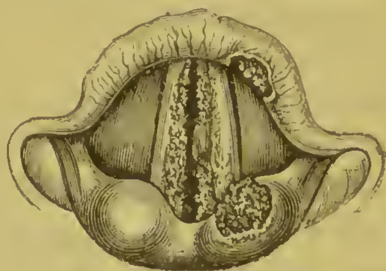


Fig. 6.

Aus diesem Befunde schloss ich mit aller Bestimmtheit auf Syphilis, obgleich ich dadurch in Widerspruch gerieth mit der Anschauung des früher behandelnden Arztes, eines in der Laryngoskopie sehr erfahrenen Kollegen, und trotzdem ich von einer stattgefundenen Infektion noch keine Kenntniss hatte.

Erst jetzt frug ich darnach, da ja früher keine Veranlassung zu einer solchen Frage war. Patientin gab an, vor 6 Jahren einen Schánker gehabt zu haben; seitdem hätten sich bei ihr verschiedene Hautausschläge gezeigt, die aber nach kurzer Behandlung stets rasch gewichen wären. Zum letzten Male bemerkte sie vor etwa 6 Monaten,

also zur selben Zeit, wo der Husten begann und die Heiserkeit sich einstellte, am linken Vorderarme ein rasch um sich greifendes Geschwür, das nach Gebrauch von einer Salbe wieder heilte. Dass sie jetzt noch syphilitisch wäre, daran habe sie um so weniger gedacht, als man sie bei ihrem jüngsten Spitalsaufenthalte gar nicht darnach gefragt habe.

Für mich stand nach Alledem ausser Zweifel, dass das schwere Kehlkopfleiden unserer Kranken eine Folge der Syphilis sein müsse; weniger sicher war ich in der Beurtheilung des Lungenleidens.

War die Infiltration der Lunge ebenfalls auf Syphilis zurückzuführen, oder handelte es sich hier um einen gewöhnlichen phthisischen Prozess?

Die Beantwortung dieser Frage war nicht leicht und doch musste eine Entscheidung schon wegen der einzuschlagenden Therapie getroffen werden.

Nach reiflicher Erwägung aller Umstände, deren Erörterung, um Wiederholungen zu vermeiden, später folgen soll, stellte ich die Diagnose auf Syphilis und entschied mich für eine antisyphilitische Behandlung, und zwar für eine Einreibungskur. Da aber die Stenose bereits einen bedenklichen Grad erreicht hatte, schien mir eine ambulatorische Behandlung namentlich bei der kalten Jahreszeit (es war Mitte November) nicht räthlich und ich empfahl der Kranken in das Spital, und zwar auf die Klinik des Herrn Hofrath v. Sigmund zu gehen. Den nächsten Tag begab sie sich auch dahin. Der klinische Assistent Herr Dr. Mraček stimmte meiner Ansicht, wenn Anfangs auch mit einigem Zögern, bei, und so wurde die Einreibungskur eingeleitet.

Um den Grad der Larynxstenose zu bezeichnen, mag die Erwähnung der Thatsache genügen, dass die erste Nacht des Spitalsaufenthaltes die Athembeschwerden der Kranken so hochgradig wurden, dass man bereits zur Trachcotomie schreiten wollte und diese Absicht nur an dem energischen Widerstande der Patientin scheiterte.

Der Erfolg der Behandlung war ein überraschender. Schon nach wenigen Einreibungen wurde die Athemnoth geringer, der Husten nahm ab, die Stimme wurde lauter und klarer, und ich konnte auch mit dem Laryngoskop

die fortschreitende Besserung im Kehlkopfe, ebenso mittels Perkussion und Auskultation die Abnahme der Lungeninfiltration konstatiren. (Dank der Liebenswürdigkeit des Hofr. Prof. v. Sigmund und der Kollegialität des Assistenten Dr. Mraček war es mir möglich, die Kranke auch während ihres Spitalsaufenthaltes ununterbrochen zu beobachten.)

Nach 5wöchentlicher Kur (30 Einreibungen) wurde die Kranke geheilt entlassen. Der Kehlkopf war jetzt fast normal. Die Schwellung der Aryknorpeln war geschwunden, ihre Beweglichkeit wieder hergestellt. Die Geschwüre an den Stimmbändern und ebenso am Aryknorpel und der Epiglottis waren mit Zurücklassung kaum merklicher Spuren geheilt. Die Stimme klang laut und kräftig, wenn auch noch etwas belegt. Die Infiltration in der Lunge war bis auf eine geringe Spitzendämpfung geschwunden, der Husten hatte aufgehört und die Athemnoth, derentwegen man bereits die Tracheotomie machen wollte, war nur noch in der Erinnerung unserer Kranken vorhanden.

In diesem Zustande kam die Kranke Ende Dezember wieder auf die Poliklinik, wo ich sie bei der Vorlesung meinen Hörern demonstrirte.

Ich resumire den Verlauf dieses (4.) Falles in Kürze wie folgt:

Syphilitische Infektion mit den gewöhnlichen Folgeerscheinungen. Nach sechs Jahren Lungeninfiltration von zweifelhaftem Charakter. Gleichzeitig mit der Lungenerkrankung entwickelt sich eine Entzündung der Kehlkopfschleimhaut, die bald Verschwärung und schliesslich Stenose zur Folge hat. Die laryngoskopische Untersuchung führt zur richtigen Erkenntniss des Leidens. Eine systematische Einreibungskur behebt die Larynxstenose und die Lungeninfiltration mit allen das Leben der Kranken bereits in hohem Grade bedrohenden Erscheinungen.

Der eben erzählten Krankengeschichte in Manchem ähnlich, doch in Vielem auch verschieden von dieser, war der Verlauf des folgenden Falles, der mein besonderes Interesse in Anspruch nahm.

Da der Fall einen bekannten hiesigen Arzt betrifft, wird Vieles in der Krankengeschichte, das den unglücklichen Kollegen allzu kenntlich machen würde, nur flüchtig angedeutet, Manches sogar ganz verschwiegen werden müssen, und soll nur das, was zum Verständniss des Verlaufes unumgänglich nothwendig, hier erzählt werden.

Dr X., 50 Jahre alt, kam Anfangs März 1878 zu mir, um mich über sein Leiden zu konsultiren. Mit heiserer, kaum verständlicher Stimme erzählte er, seine Krankheit habe vor mehreren Monaten begonnen, und zwar mit Heiserkeit, zu der sich später Husten gesellte. Im November 1877 habe er den bekannten hiesigen Laryngoskopiker — auf den Namen kommt es nicht weiter an — konsultirt und dieser ihn nach Meran geschickt. Hier wurde er jedoch immer leidender, Husten und Heiserkeit nahmen zu, die Ernährung und die Kräfte ab, so dass er sich entschloss nach Wien zurückzukehren, um meinen Rath einzuholen.

Die Untersuchung der Lunge ergab Dämpfung an beiden Spitzen, daselbst theils unbestimmtes, theils schwach bronchiales Athmungsgeräusch, links, wo die Dämpfung ausgeprägter und verbreiteter war, Rasselgeräusche. — Die laryngoskopische Untersuchung zeigte das folgende Spiegelbild: Der Kehldeckel geröthet und etwas verdickt, die Stimmbänder ebenfalls geröthet und geschwellt, das linke gegen vorne zu exulzerirt, der linke Aryknorpel bedeutend vergrössert, dessen Schleimhaut theils infiltrirt, theils ödematös geschwellt, an der linken aryepiglottischen Falte ein grosses, tiefes Geschwür mit einem schmutzig-eiterigen Belag.

Das Bild war nicht klar genug, um aus dem objektiven Befunde allein die Diagnose mit voller Bestimmtheit machen zu können.

Die Abmagerung, das fahle Aussehen, der Husten, die Spitzendämpfung, das bronchiale Athmen sprachen für Lungenphthise, dagegen erweckte die eben geschilderte Affektion des Kehlkopfes doch wieder den Verdacht auf Syphilis. Als der Patient, von mir diesbezüglich befragt, jede Infektion in Abrede stellte, wurde ich wohl etwas schwankend, doch blieb bei mir der Verdacht rege und ich leitete demgemäss auch die Behandlung ein. Ich machte Bepinselungen der Kehlkopfgeschwüre mit Jodglycerin, verordnete Ein-

reibung des Halses mit Ung. hydr. cinereum und gab innerlich Jodeisen.

Auf diese Behandlung wurde der Kranke von Tag zu Tag besser, so dass derselbe Anfangs Mai sichtlich erholt und gekräftigt seine ärztliche Thätigkeit wieder aufnehmen, ja während des ganzen Sommers in einem der besuchtesten Kurorte seinem angestrengten ärztlichen Berufe nachgehen konnte.

Allmälig verschlimmerte sich jedoch sein Leiden auf's Neue. Husten und Heiserkeit stellten sich wieder ein, später gesellten sich Schlingbeschwerden und Athemnoth hinzu, die sich immer mehr steigerten, so dass der Kranke Anfangs September wieder nach Wien zurückkehrte, um hier Hilfe zu suchen.

Als ich zum Kranken kam, fand ich ihn auf dem Ruhebette liegend, schwer athmend, laut keuchend, dem Ersticken nahe. Die hochgradige Stenose konnte man schon in der Ferne, ohne jede weitere Untersuchung erkennen, und ebenso war auf den ersten Blick ersichtlich, dass mit der Tracheotomie wohl nur noch wenige Stunden gezögert werden dürfe.

Ich sprach mich ganz offen in diesem Sinne aus und verlangte, dass Kollege Dr. Hofmokl mit zu Rathe gezogen werde. Dies geschah auch noch am selben Abende.

Hier das Ergebniss unserer Untersuchung:

Die ganze Kehlkopfschleimhaut geröthet und geschwellt; insbesondere der Kehldeckel infiltrirt und am freien Rande der linken Hälfte ein ziemlich tiefes speckiges Geschwür; beide Aryknorpel geschwellt, der linke mehr als der rechte; an der äusseren Fläche des ersteren ein Geschwür, das sich von hier über die aryepiglottische Falte bis zum Kehldeckel hinzieht; der linke Aryknorpel unbeweglich. Am rechten Stimmbande ein grosses, zackiges, am linken ein kleineres, mehr seichtes Geschwür.

Hatte ich schon vor 6 Monaten bei der ersten laryngoskopischen Untersuchung einen Verdacht auf Syphilis, so war jetzt dieser Verdacht bei mir zur Gewissheit geworden, und nachdem ich diese meine Ansicht auch Kollegen Dr. Hofmokl gegenüber ausgesprochen, gingen wir zur weiteren Untersuchung über.

Die Dämpfung an beiden Lungenspitzen war jetzt

etwas verbreiteter und das bronchiale Athmen, das nebenbei durch ein lautes laryngo-tracheales Stenosengeräusch übertönt wurde, schärfer als früher. Als wir den Kranken auskleiden liessen und den ganzen Brustkorb entblösst sahen, fiel uns ein Pflaster auf, das die rechte Brusthälfte zum grössten Theile bedeckte. Ueber den Zweck dieser Pflasterstreifen befragt, erzählte uns Patient, dass er vor längerer Zeit eine Beinhautentzündung (in der Gegend der 4. bis 6. Rippe rechterseits) bekommen habe, die allmälig in Eiterung übergegangen und auch jetzt noch nicht ganz geheilt wäre u. s. w. Wir entfernten die Pflasterstreifen und waren nicht wenig überrascht, als wir statt des angeblichen Abszesses einen kolossalen zerfallenden Gummaknoten, ein unverkennbar knotig-ulzeröses Syphilid entdeckten.

Nun wiederholte ich meine vor Monaten gestellte Frage betreffs der Infektion. Pat. wollte auch jetzt keine solche zugestehen. Als ich ihm gegenüber jedoch erwähnte, dass ich vor einiger Zeit einen ähnlichen Fall von Larynxsyphilis bei einem Kollegen aus Rumänien beobachtet hätte, wo sich erst nach langem Forschen herausstellte, dass der Arzt sich die Infektion bei einer Krankenuntersuchung zugezogen haben müsse, da dämmerte es plötzlich bei unserem Patienten auf, und nunmehr erinnerte auch er sich, vor Jahren ein hartnäckiges Nagelgeschwür am Zeigefinger der rechten Hand mit darauffolgender Lymphgefässentzündung des betreffenden Armes gehabt zu haben, und dass seitdem auch die Achseldrüsen dieser Seite stets etwas angeschwollen wären.

Jetzt war für mich über die Diagnose des Kehlkopfleidens kein Zweifel mehr. Ob auch die Lungeninfiltration mit diesem in direktem Zusammenhange stehe, war natürlich nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Da aber der Patient früher in Bezug auf seine Lunge ganz gesund war, das Lungenleiden gleichzeitig mit der Kehlkopferkrankung aufgetreten war, hatte die Annahme, dass wir es mit einer syphilitischen Lungenaffektion zu thun haben, immerhin einige Berechtigung.

Unter allen Verhältnissen wurde durch diese neuerlich gewonnene Anschauung von dem Leiden unseres Kranken die Prognose doch etwas günstiger und wir entschlossen uns,

mit der Tracheotomie noch abzuwarten und es vorerst mit einer — Inunktionskur zu versuchen. Noch am selben Abende wurde die erste Einreibung mit 2,5 Gramm Ung. hydrarg. ciner. gemacht und die Kur sodann in der üblichen allgemein bekannten Weise fortgesetzt.

Der Erfolg war ein über alle Erwartung günstiger. Die Athembeschwerden nahmen rasch ab, die Schlingbeschwerden hörten allmälig auf, die Heiserkeit verminderte sich, der Husten liess nach und das Allgemeinbefinden besserte sich.

Nach sechswöchentlicher Behandlung, während welcher Zeit 30 Einreibungen gemacht wurden, war das Bild ein ganz verändertes. Der Kranke konnte ausgehen, selbst Treppen steigen, ohne die geringsten Athembeschwerden zu verspüren; er sprach mit lauter, kräftiger, weithin vernehmbarer, wenngleich noch mit rauher und etwas heiserer Stimme, der Husten hatte ganz aufgehört und die Ernährung war wesentlich gebessert; mit einem Worte der Kranke fühlte sich — gesund.

Die Untersuchung ergab jetzt: Die Kehlkopfschleimhaut wenig geröthet, der Kehldeckel etwas verdickt, an dessen linkem Rande eine Narbe sichtbar. Der l. Aryknorpel wohl noch etwas infiltrirt, doch in den Konturen deutlich hervortretend und beweglich; die Geschwüre daselbst wie an der aryepiglottischen Falte mit Zurücklassung deutlich sichtbarer Narben geheilt. In der Lunge selbst keine auffällige Veränderung, doch immerhin einige Besserung gegen früher nachweisbar, indem die Rasselgeräusche, die früher in der linken Lunge hörbar waren, nunmehr verschwunden sind.

Fig. 7 zeigt den Kehlkopf unseres Kranken vom 12. September 1878; Fig. 8 das laryngoskopische Bild am 24. Oktober 1878.



Fig. 7.

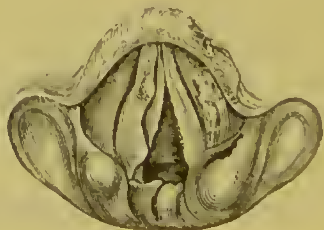


Fig. 8.

Der Patient fühlte sich so wohl, dass er bereits ernstlich daran dachte, seine ärztliche Thätigkeit wieder aufzunehmen. Da stellte sich plötzlich am Abend des 31. Dezember, wo der Kranke bei kaltem, nebeligem Wetter ausging, ein Glottisödem ein, das zu Suffokation führte. — In der Nacht noch musste Dr. Hofmokl die Tracheotomie ausführen, die diesmal im strengsten Sinne des Wortes lebensrettend war, da der Kranke, als die Operation gemacht wurde, bereits athem- und pulslos dalag. — Als der Kranke am nächsten Morgen, es war am Neujahrstage, erwachte, war er ganz überrascht, in seiner Luftröhre eine Kanüle zu entdecken, von deren Existenz er keine Ahnung hatte, indem er von den Vorgängen der letzten Nacht, namentlich von der stattgehabten Operation absolut nichts wusste . . .

Der weitere Verlauf bot nichts Besonderes. Das Glottisödem war bald geschwunden und wir hätten die Kanüle schon nach wenigen Tagen entfernen können, hätte nicht eine unbezwingbare Angst des Kranken dies noch durch längere Zeit verhindert.

Ich resumire in Kürze den Verlauf dieses 5. Falles.

Zeit der Infektion unbekannt, wahrscheinlich vor 15—20 Jahren. — Knotig-ulzeröses Syphilid am Thorax. — Schwellung der Achseldrüsen. — Syphilis des Kehlkopfes. Infiltration der Lunge von zweifelhaftem Charakter. (Phthise oder Syphilis?) Nach dem ganzen Verlaufe jedoch eine syphilitische Affektion der Lunge wahrscheinlich. — Hochgradige Stenose des Larynx. Wesentliche Besserung durch eine systematische Inunktionskur.

* *
*

Um nicht zu weitläufig zu werden, schliesse ich hiemit die Mittheilung ausführlicher Krankengeschichten und gehe nunmehr zur allgemeinen Darlegung des gegenwärtigen Standes unserer Kenntniss von der Lungensyphilis über.

Geschichte.

Eine genauere Kenntniss von der Lungensyphilis besitzen wir erst seit den letzten Dezennien. Wohl sprachen schon die Aerzte des vorigen Jahrhunderts von einer „Phthisis a lue venerea“, aber sie verstanden darunter keine der Syphilis eigenthümliche spezifische Erkrankung der Lunge, sondern nur eine in Folge von konstitutioneller Lues entstandene Phthise, wobei die Syphilis nur insofern als ursächliches Moment angesehen wurde, als sie in ähnlicher Weise wie andere tabeszirende Krankheiten durch Schwächung des Organismus zur Schwindsucht disponire.

Diese Anschauung wurde namentlich von Morton[1]), Baglivi[2]), Morgagni[3]), Portal[4]), Astruc[5]), J. P. Frank[6]), Swediaur, Larrey, Van der Kolk u. A. vertreten und durch Mittheilung von einzelnen Beobachtungen von Phthisis a lue venerea erhärtet.

Da aber die Diagnose in all' diesen Fällen sich weder auf anatomische Befunde post mortem, noch auf physikalische Untersuchung intra vitam stützte, sondern nur auf jene allgemeinen Angaben, wie wir sie bei den Schriftstellern des vorigen und theilweise noch in der ersten Hälfte dieses Jahrhundertes finden, so begreift es sich, dass mit dem Beginne einer strengeren wissenschaftlichen Forschung in der Medizin die Beweiskraft der früheren Beobachtungen in

[1]) Morton: Opera medica. 1737.
[2]) Baglivi: Opera medica. 1745.
[3]) Morgagni: De sedibus et causis morborum.
[4]) Portal: Observations sur le traitement de la phthisie pulmonaire. 1792
[5]) Astruc: De morbis venereis.
[6]) J. P. Frank: De curand. homin. morborum.

Zweifel gezogen wurde und dass Männer wie Laennec und Andral die ganze Lehre von der syphilitischen Lungenphthise, die nur auf vage Schilderungen basirte, zurückweisen mussten.

So beschreibt z. B. Ambroise Paré, die „Phthisie vénérienne“ folgendermassen. „Quelques-uns demeurent asthmatiques et hectiques, avec une fièvre lente et meurent tabides et desseichez.“ — Und doch gehört diese Beschreibung der Lungensyphilis schon zu den besseren, da wir in der älteren Literatur Fälle von „Phthisis a lue venerea“ verzeichnet finden, „wo eine Urethral-Blennorhagie zurückgetreten und sich auf die Brust geschlagen“ und andere, wo eine syphilitische Lungenerkrankung dadurch hintangehalten oder geheilt wurde, „dass ein unterdrückter Tripper, der die Ursache des Lungenleidens war, wieder glücklich in Fluss gebracht wurde“.

Derartige lächerliche Geschichten glaubt heute wohl Niemand mehr; aber auch viele spätere Beobachtungen haben für die Kenntniss des Wesens der Lungensyphilis, nicht viel mehr Werth als die eben erwähnten; wenn sie vielleicht auch glaubwürdiger erscheinen, so sind sie doch durch Nichts erwiesen.

So gilt mir z. B. auch der Fall von Brambilla, den dieser so drastisch schildert, noch lange nicht als vollgiltiger Beweis für die Existenz einer Lungensyphilis.

Brambilla erzählt nämlich: „Im Spitale lag ein Phthisiker neben einem Syphilitischen. Ersterer war schwer krank und man hatte wenig Hoffnung auf seine Genesung. Durch ein für den Kranken höchst willkommenes Verschulden des Apothekers bekam der Phthisiker durch längere Zeit das für den Syphilitischen bestimmte Ung. hydrargyr. ciner. (mehrmals täglich von der Grösse einer Muskatnuss), während der Syphilitische täglich zweimal mit dem Elektuarium gewissenhaft eingerieben wurde. Zur grossen Ueberraschung des Arztes, der erst später von dem in seinen Folgen so heilsamen Irrthum des Apothekers erfuhr, genas der angebliche Phthisiker von seinem schweren Leiden gänzlich.“

Jullien, dessen jüngst erschienenem Werke „Traité pratique des maladies vénériennes“ wir diese pikante Geschichte entnehmen, meint: „Rien de plus demonstratif que ce fait.“

Der Meinung bin ich nun nicht. Es mag sein, dass es sich in diesem Falle wirklich um Lungensyphilis handelte, aber erwiesen ist dies nicht. Die Heilung einer schweren Lungenphthise, durch spezifische Mittel, genügt nach meincr Ansicht noch nicht für die Diagnose der Lungensyphilis und deshalb bezweifle ich auch die Richtigkeit mancher diesbezüglichen Diagnose, selbst aus der jüngsten Zeit, wo sich der Autor nur auf den altehrwürdigen, aber deshalb nicht immer auch richtigen Lehrsatz „ex juvantibus et nocentibus" zu stützen vermag.

Erst mit den Fortschritten der pathologischen Anatomie lernte man allmälig gewisse Veränderungen kennen, die der gewöhnlichen Phthise in Vielem wohl ähnlich, aber doch in Manchem auch von dieser wieder verschieden waren.

So fand Depaul (im Jahre 1837) in einem Falle von kongenitaler Syphilis eigenthümliche pneumonische Herde; Hecker sah in ähnlichen Fällen eine besondere Art von chronischer Verdichtung, von weisser Hepatisation der Lunge; Dittrich beschrieb (1850) tiefgreifende, ästige, schiefergraue Narben mit massenhaftem Kallusgewebe aus dem Unterlappen einer 27jährigen Syphilitischen; Führer fand (1854) neben syphilitischen Rachengeschwüren eine eigenthümliche Pneumonie, welche sich durch das gleichzeitige unterscheidbare Auftreten cines diffusen Infiltrates der Lungen und eines insulär-bronchitischen Exsudates auszeichnete. Vidal konstatirte (1854) bei einer 45jährigen syphilitischen Frau eine blaulichgraue Induration um die Bronchialäste der Unterlappen. Ricord beschrieb gelbe käsige Knoten in der Lunge als „syphilitische Tuberkel".

Diese und andere mehr minder charakteristischen Befunde in der Lunge syphilitischer Individuen lenkten neuerdings die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diesen Gegenstand; doch gewann unsere Kenntniss von der Lungensyphilis erst eine sichere Basis durch die klassische Studie von R. Virchow „Ueber die Natur der konstitutionellen syphilitischen Affektionen" (1859) [7]) und durch die gediegene Untersuchung E. Wagner's „Ueber das Syphilom" (1863) [8]).

---

[7]) Virchow: „Archiv für pathologische Anatomie." 15. Bd. 1859.
[8]) Wagner: „Archiv der Heilkunde." 4. Jahrg. 1863.

Seitdem sind durch eine Reihe gründlicher anatomischer Arbeiten und genauer klinischer Beobachtungen von Lancereaux[9]), Fournier[10]), Cornil[11]), Oppolzer, Pleischl, Klob[12]), Rollett[13]), Grandidier[14]), Hertz, Aufrecht, Meschede, Spencer-Wells[15]), Wilks, Hutschinson-Jackson[16]), Swiney, Tiffany, Thiry, Lacaze[17]), Landrieux[18]), Thoresen, Vecchi, Colomiatti[19]), Sacharjin[20]), u. A. unsere Kenntnisse von der Lungensyphilis wesentlich gefördert worden, doch bleibt sowohl in anatomischer als klinischer Beziehung noch mancher dunkle Punkt aufzuhellen und manche schwierige Frage zu lösen.

---

9) Lanceraux: Traité historique et pratique de la Syphilis. 1873.

10) Fournier: De la phthisie syphilitique („Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie." Nr. 48, 49 und 51. 1875).

11) Cornil: Lessons sur la syphilis. 1879.

12) Oppolzer, Pleischl, Klob: „Wiener Med. Wochenschrift". Nr. 7—10. 1859.

13) Rollett: „Wiener Mediz. Presse". Nr. 47. 1875.

14) Grandidier: „Berliner klinische Wochenschrift". Nr. 15. 1875.

15) Spencer-Wells: „Medical Times and Gazette". 1858.

16) Hutschinson and Jackson: „Med. Times and Gazette". 1862.

17) Lacaze: Essai sur la Phthisie syphilitique. 1870.

18) Landrieux: De pneumopathie syphilitique.

19) Colomiatti: Giornale delle malattie venerec e della pelle. 1876.

20) Pavlinoff-Sacharjin: Virchow's Archiv. 79. Bd. 1879.

Pathologische Anatomie.

Die Syphilis der Lunge kann in zwei verschiedenen Formen auftreten; das eine Mal in diffuser Ausbreitung, das andere Mal in umschriebenen Knoten, häufig finden sich auch beide Formen kombinirt vor.

Bei der diffusen syphilitischen Erkrankung der Lunge ist diese gewöhnlich von etwas festerer Konsistenz, grösserer Schwere und ebener Oberfläche. — Die Infiltration erstreckt sich auf eine oder beide Lungen oder auch nur auf einen Theil derselben. — Die infiltrirten Partien sind meist ganz luftleer, grauröthlich oder graugelb, glatt, homogen mit spärlichem trübem Safte. — Die Bronchien sind meist normal weit, gewöhnlich mit viel eitrigem Schleim und wenig Luft gefüllt; ihre Schleimhaut ist blass, glatt und in den grossen Bronchien etwas verdickt, die Bronchialdrüsen meist vergrössert.

Oft hat die ganze Lunge, namentlich bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen, eine eigenthümliche blasse, weissliche Farbe, welcher Befund zuerst von Virchow als „weisse Hepatisation der Lunge während des Uterinlebens" beschrieben, aber erst von Hecker als Folge der Syphilis aufgefasst wurde. — Wie denn überhaupt die diffuse syphilitische Infiltration der Lunge weit häufiger bei Neugeborenen als bei Erwachsenen zu finden ist, bei denen wieder, wie wir später sehen werden, die knotige Form die vorherrschende ist. — Uebrigens finden sich gewöhnlich auch neben der diffusen Infiltration, nahe der Peripherie erbsen- bis kirschengrosse, graugelbliche, wenig vorragende, ziemlich

scharf umschriebene Knoten, wie solche zuerst von Depaul beschrieben und später von Lebert und Lancereaux abgebildet wurden.

Der histologische Vorgang bei der diffusen syph. Infiltration besteht im Wesentlichen in einer Verdickung des interstitiellen Gewebes. Sowohl das interlobuläre, als das zwischen den Alveolen gelegene Bindegewebe ist von zahlreichen spindelförmigen und rundlichen Zellen durchsetzt, und zwar scheint die Wucherung zunächst von der Gefäss- und Bronchialwand auszugehen; namentlich findet man auch die Endothelzellen der ersteren vergrössert, oft mit mehrfachen Kernen; gleichzeitig sammeln sich in den veränderten Gefässen weisse Blutkörperchen an, wodurch die Kapillaren in förmlich solide Zellstränge verwandelt werden können. An den grösseren Gefässen findet entsprechende Wucherung des adventitiellen Bindegewebes statt. Ob auch die Lymphgefässe in ähnlicher Weise wie die Blutgefässe erkranken, konnte bisher noch nicht nachgewiesen werden. — Die Alveolen werden durch die interstitiellen Wucherungen zusammengedrückt und man sieht in ihnen sehr deutlich die zum grossen Theil desquamirten Epithelien. Im weiteren Verlauf tritt heftiger Zerfall des Alveoleninhaltes ein. Die ersten Anfänge der diffusen syphilitischen Erkrankung haben meist eine lobuläre, peribronchiale Vertheilung. Die Lunge ist in diesem Stadium der Erkrankung, das man als miliare Syphilombildung bezeichnen könnte, von zahlreichen, sehr feinen lobulären und peribronchialen Herden durchsetzt. (Birch-Hirschfeld.)

Die mikroskopische Untersuchung zeigt nach E. Wagner das Gewebe vollständig luftleer, die Alveolen meist gänzlich geschwunden und wo sich solche finden, sind sie um das Vier- bis Sechsfache kleiner als solche gewöhnlich bei Kindern, die geathmet haben. Das interalveolare Gewebe ist stark verbreitert. Die Breitenzunahme hat ihren Grund in dicht liegenden, mittelgrossen, runden, freien Kernen, in ungefähr $^{1}/_{200}'''$ grossen, runden, grosskernigen Zellen, an den meisten Stellen in reichlichen Eiweiss- und Fettmolekülen, zwischen denen stellenweise noch einfach atrophische oder fettig entartete Kerne und Zellen liegen; zwischen den Kernen, Zellen und Molekülen findet sich eine spärliche homogene, selten deutlich faserige Grundsubstanz, nirgends gewöhn-

liches faseriges Bindegewebe. Die Schleimhaut der Bronchien ist meist gleichmässig mit Zellen infiltrirt, hie und da sieht man auch breit aufsitzende Erhöhungen, durch eine dichtere Zellen- und Kerninfiltration bedingt.

Die knotige Infiltration, die man mitunter neben der diffusen findet, zeigt wesentlich die gleiche Struktur, wie diese, nur dass die Zellen daselbst reichlicher sind. Auch hier handelt es sich um eine Wucherung des interstitiellen Gewebes, aber an einer umschriebenen Stelle.

Das zirkumskripte, grossknotige Infiltrat, das eigentliche Syphilom der Lunge, ist weit charakteristischer als das diffuse, und während dieses fast ausschliesslich bei Neugeborenen gefunden wurde, wird das syphilitische Gumma zumeist bei Erwachsenen beobachtet.

Die syphilitischen Gummata kommen in der Lunge nur selten vereinzelt vor (Fournier), gewöhnlich finden sich ihrer gleichzeitig mehrere, doch selten mehr als 10 (Lancereaux). Sie sitzen meist im mittleren und im unteren Lungenlappen; man findet sie aber auch in der Spitze, wenngleich viel seltener. (Zum Unterschiede von den Tuberkelknoten, die bekanntlich meist in der Lungenspitze ihren Sitz haben.) Die Gummata beschränken sich gewöhnlich auf eine Lunge, doch werden sie hie und da auch in beiden Lungen gefunden. Ihre Grösse ist sehr verschieden. Sie variiren von der Grösse einer Erbse bis zu der eines Eies, am häufigsten findet man sie von Haselnuss- bis Wallnussgrösse. Sie sind meist rundlich, seltener zackig, von graurother oder gelblicher Farbe, homogen und wenig feucht, scharf aber nicht kapselartig umschrieben (Wagner). Nach Cornil dagegen sind die Knoten mitunter von einer glänzenden, fibrösen Zone umgeben, die sich von dem Kern auffällig abhebt. — Die Lungentextur ist an der Stelle der Syphilome gänzlich untergegangen, das zwischen den einzelnen Knoten liegende Lungengewebe meist stark infiltrirt.

Die Knoten, die anfangs, wie erwähnt, von graurother oder auch braunrother Farbe sind, wenig feucht, meist ganz trocken erscheinen, erweichen allmälig, und zwar vom Zentrum gegen die Peripherie hin und haben jetzt eine mehr gelbliche Färbung (Wilks). In dieser Periode können die Gummaknoten theilweise oder auch gänzlich

resorbirt oder auch durch die Bronchien entfernt werden; an ihrer Stelle bleibt dann eine mehr minder ausgebreitete Exkavation, die sich wieder allmälig retrahiren kann, wodurch es dann zu narbigen Einziehungen der Lunge kommt. — Virchow beschreibt mehrere derartige Fälle, in welchen er die käsigen Zustände und narbigen Veränderungen der Lunge auf Syphilis zurückzuführen geneigt ist, wobei er sich jedoch die Schwierigkeit einer sicheren Unterscheidung zwischen Syphilis und Tuberkulose nicht verhehlt. In seiner oft zitirten Studie über die Natur der konstitutionellen Syphilis äussert sich der genannte Autor hierüber, wie folgt:

„Man muss hier erwägen, dass die Lunge für die Erkenntniss des feineren Herganges der meisten pathologischen Prozesse fast das schwierigste Organ ist, und dass bei einem Prozesse, der an sich so streitig ist, wie die konstitutionelle Syphilis, diese Schwierigkeit noch bedeutend gesteigert wird. Es mag dies zugleich eine Entschuldigung für mich sein, wenn ich mich hier möglichst zurückhaltend ausspreche . . . .

. . . . So wenig ich daher vor der Hand ein bestimmtes Kriterium weiss, woran der syphilitische Charakter einer solchen Pneumonie zu erkennen sein könnte, so unsicher bin ich in Beziehung auf die käsigen und narbigen Zustände, von denen ich es für sehr möglich halte, dass ein gewisser Theil wirklich der Syphilis zugehört. Seitdem ich mich überzeugt habe, dass das Gebiet der eigentlichen Tuberkulose in der Lunge sehr zu beschränken ist, und dass nicht alle schieferigen oder schwieligen Narben, nicht alle käsigen Knoten aus geheilten Tuberkeln hervorgehen, finde ich die Möglichkeit einer Lungensyphilis sehr viel näher gerückt. Aber bevor man nicht mehr von der Geschichte und Entwicklung dieser Zustände weiss, wird es gerathen sein, die Möglichkeit festzuhalten, dass auch ganz einfache chronisch-katarrhalische oder skrophulöse Prozesse Aehnliches hervorbringen können.“

Bei der diffusen Form der Lungensyphilis, bei der syphilitischen Pneumonie, ist die Unterscheidung von der gewöhnlichen katarrhalischen Lungenentzündung heute gerade noch so schwierig als vor zwanzig Jahren, da Virchow Obiges schrieb; dagegen bieten die Gummageschwülste der Lunge immerhin charakteristische Merkmale genug, um sie mit einiger Sicherheit zu erkennen und Virchow selbst hat

sie in seinen 5 Jahre später erschienenen „Vorlesungen über die krankhaften Geschwülste“ so prägnant geschildert, dass ihre Unterscheidung von anderen ähnlichen Prozessen in der Lunge nicht mehr unmöglich ist.

Die Gummata der Lunge unterscheiden sich von den Tuberkeln durch Farbe und Konsistenz, durch den häufig nur einseitigen Sitz, gewöhnlich im mittleren und unteren Lungenlappen, selten in der Spitze, durch die geringe Anzahl der Knoten, durch ihre Grösse; endlich ist aber noch, wie Virchow in dem angeführten Werke S. 465 hervorhebt, ausser der Anamnese und der Koinzidenz anderer analoger Produkte vor Allem der Nachweis einer bindegewebigen Matrix nothwendig, um einen bestimmten Knoten für gummös erklären zu können.

Vermehrt wird aber die Schwierigkeit der sichern Erkenntniss der Lungensyphilis noch dadurch, dass sich in vielen Fällen zur Syphilis, mag diese in diffuser oder zirkumskripter Form auftreten, Phthise und Tuberkulose hinzugesellen, wie dies namentlich in den Fällen von Aufrecht, Colomiatti u. A. besonders auffällig ist.

Man wird die Lungensyphilis demnach auch in der Leiche nur dann mit voller Sicherheit annehmen dürfen, wenn nebst den geschilderten Veränderungen in der Lunge noch in anderen Organen, namentlich in den Knochen, in der Leber in den Hoden u. s. w. und vor Allem im Kehlkopfe die unverkennbaren Zeichen der Lues gefunden werden.

An diese allgemeine Darstellung der Anatomie der Lungensyphilis will ich nun einige spezielle Befunde reihen, die geeignet scheinen, zur genaueren Kenntniss der luetischen Lungenerkrankung Einiges beizutragen.

Zunächst sei hier eines Falles gedacht, den ich noch als Studirender auf der Klinik meines unvergesslichen Lehrers Oppolzer beobachtete, und der von den damaligen Assistenten, den DDr. Pleischl und Klob (in Nr. 8, 9 und 10 der Wiener mediz. Wochenschrift v. J. 1860), beschrieben wurde.

Bei der Sektion des an Hydrops ascites verstorbenen 45jährigen Mannes fand man neben sonstigen Erscheinungen allgemeiner Syphilis folgende markante pathologische Ver-

änderungen in der Lunge: der rechte obere und mittlere Lungenlappen leicht ödematös, die Farbe beider mehr bräunlich, der rechte Unterlappen dichter dunkelrothbraun, lufthältig, wenig ödematös. Der Oberlappen ziemlich blutreich, feucht; im Unterlappen eine gegen hühnereigrosse, vom übrigen Lungenparenchym scharf abgegrenzte, unregelmässige, mit stumpfen Fortsätzen in das Parenchym greifende Masse; der Durchschnitt derselben sehr gleichförmig, völlig glatt und eben, an demselben keine Spur einer Lungentextur zu erkennen, nur hie und da bemerkte man in der gleichförmig blassgelb gefärbten, derb elastischen, doch ziemlich brüchigen Masse kleine graue Pigmenthäufchen wie im übrigen Lungenparenchym. An einzelnen Stellen ihrer Peripherie erschien diese Masse wie durch Retraktion einigermassen sequestrirt vom Lungenparenchym, so dass dadurch besonders in der rundlichen Vertiefung zwischen zwei solchen stumpfhöckerigen Fortsäszen eine kleine Lücke erschien, in welcher die Peripherie der Masse eine kurze Strecke weit ohne jede weitere Umhüllungsmembran blosslag; meistens jedoch war die Grenze zwischen Lungengewebe und dieser Masse trotz des innigen sonstigen Zusammenhanges beider sehr scharf gezogen, mit einem Male hörte das Lungenparenchym auf, und die Masse begann. Die übrige Substanz des Unterlappens mässig mit Blut versehen und feinschaumig ödematös. — Bronchialdrüsen ziemlich hart und klein. Lungenarterien und Venen unverändert, auch in der gegen die Masse ziehenden Lungenarterie keinerlei Gerinnung zu bemerken, in die erstere selbst war kein grösseres Gefäss zu verfolgen.

Klob bemerkt bei Beschreibung dieses „exquisiten Falles von Lungensyphilis", dass man weder durch die makroskopische noch durch die mikroskopische Untersuchung leicht im Stande sei, diesen Prozess von den käsigen Degenerationen, wie sie bei der Lungentuberkulose so häufig vorkommen, zu unterscheiden; doch glaube er nicht, dass bei sonstigen käsigen Produkten in der Lunge diese je so scharf abgegrenzt, so förmlich sequestrirt wären, wie dieser Knoten, und den man deshalb auch als exquisites Gummagewächs auffassen müsse.

Ausser den Gummaknoten in der Lunge fanden sich in diesem Falle noch Gummata in der Leber und in

den Hoden, syphilitische Narben am Rachen und an den äusseren Genitalien.

Von älteren Beobachtungen seien hier kurz erwähnt:

Dittrich (Prager Vierteljahrschrift 1850): Tiefgreifende, ästige, schiefergraue Narben mit massenhaftem Kallusgewebe in dem unteren Lungenlappen einer 27jährigen Syphilitischen.

Vidal (Canstatt's Jahresberichte, 1855): Bläulichgraue Induration um den Bronchialästen der Unterlappen bei einer 45jährigen syphilitischen Person, die unter der heftigsten Dyspnoë zu Grunde ging.

Virchow (Archiv für pathologische Anatomie, 15. Bd. 1859) fand in seinen Fällen meist neben syphilitischen Stenosen des Larynx u. s. w. strahlige, harte Narben in den tiefen Bronchien, schieferige gewöhnlich zentrale Induration des Lungengewebes, Narben im unteren Lappen u. s. w.

Wagner (Archiv der Heilkunde, 1863): Neben allgemeiner Syphilis Narben in der Trachea und den Bronchien, Schwielen in dem indurirten, stark pigmentirten Lungengewebe. — In einem Falle fand W. beide Lungenlappen von zahlreichen bis wallnussgrossen, unregelmässigen, runden und zackigen, scharf umschriebenen, luftleeren, homogenen, graugrünlich oder blassbraunrothen, stellenweise schwarz gefleckten, meist trockenen und ziemlich festen Knoten durchsetzt.

Moxon beschreibt (Guy's Hospital Report, 1867) bei Syphilitischen eine chronische interstitielle Pneumonie, welche zur Bildung fibröser Schwielen führte.

Colomiatti (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 1876) unterscheidet eine interstitielle und eine katarrhalische Form der syphilitischen Pneumonie. Erstere ist die häufigere und mehr charakteristische, doch sind häufig beide Formen kombinirt. Die Darstellung C.'s weicht übrigens in nichts Wesentlichem ab von jener, die wir bei Virchow und Wagner finden; nur dass er weniger skeptisch in der Beurtheilung der Befunde ist.

Es würde zu weit führen und die Leser zu sehr ermüden, wollten wir noch auf die in den letzten Jahren von Aufrecht, Hertz, Eppinger, Ramdohr, Wilks, Spencer-Wells, Gintrac, Fournier, Lancereaux, Cornil u. A. publizirten Obduktionsergebnisse näher ein-

gehen; nur von zwei Fällen aus der allerjüngsten Zeit, und zwar von Pavlinoff (Virchow's Archiv, 75. Band, 1879) und Henop (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 24. Band, 1879) mögen die Sektionsbefunde hier ausführlich mitgetheilt werden, weil sie zu den wenigen gehören, wo schon während des Lebens der Kranken an Lungensyphilis wenigstens gedacht und zum Mindesten eine diesbezügliche Wahrscheinlichkeits-Diagnose gestellt wurde.

A. Vogt fand in dem Falle von Pavlinoff, auf den wir bei Besprechung der Symptomatologie und Diagnostik der Lungensyphilis noch des Näheren zurückkommen, neben einer weitverbreiteten Interstitialentzündung der Lunge zahlreiche syphilitische Gummaknoten.

„Die äussere Fläche des oberen und theilweise des unteren Lappens der linken Lunge grob gelappt durch breite retrahirte Wucherungen des interstitiellen Bindegewebes, welche die Lungenoberfläche in verschiedenen Richtungen kreuzen und als Parenchym mehrfach theilen. Am oberen Lungenlappen begrenzen sie einen grösseren Theil des Parenchyms, welcher ungefähr das obere Drittheil des Oberlappens einnimmt und sich vom vorderen freien Rande schräg zur Hinterfläche hin erstreckt. Seine untere Grenze wird von einem gut ausgebildeten Bindegewebsstreifen gebildet, von welchem aus 2 gleiche Streifen in schräg horizontaler Richtung zum unteren und vorderen Rande des oberen Lappens hin verlaufen und das mittlere und untere Dritttheil dieses Lappens in kleinere ungleiche, über der Oberfläche erhabene Läppchen trennen. Die knotigen Verdichtungen des Parenchyms, welche hauptsächlich den Oberlappen und das obere Dritttheil des Unterlappens einnehmen, liegen theils dicht an den Bindegewebstrabekeln, theils mehr entfernt; sie haben die Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Erbse und mehr. Diejenigen von ihnen, welche an der Oberfläche sitzen, lassen sich leicht durchfühlen oder schimmern auch stellenweise durch das Pleurablatt durch als gelbgraue oder gelbweisse Knoten. Andere sitzen tiefer und werden oberflächlich von wenig verändertem Lungenparenchym bedeckt. Diese Vertheilung der Verdichtungsknoten bedingt eine ungleiche, stellenweise harte, stellenweise wieder weiche und elastische Konsistenz der Lunge. Das

Parenchym des Unterlappens erscheint zum grössten Theile einförmig verdichtet, bis auf kleine Bezirke an den freien Rändern. Diese gleichmässig diffuse Verdichtung wird nur hier und da durch ungleichmässig zerstreute Knötchen unterbrochen, welche die Grösse eines Stecknadelkopfes nicht übersteigen. Die Schnittfläche der linken Lunge erscheint uneben durch hervortretende ziemlich lockere, graue und gelbweisse Verdichtungen von der Grösse eines Hirsekornes bis zu der einer Erbse und Haselnuss, die, isolirt oder beisammen, hauptsächlich im Oberlappen zu finden sind; im unteren trifft man nur wenige kleinere Knötchen. — Im oberen Lappen findet man die kleinen Verdichtungsherde zu Konglomeraten verschiedener Grösse (bis zu der einer Haselnuss) vereinigt; einzelne Bestandtheile dieser Konglomerate behaupten nicht den Charakter einförmiger Verdichtungen, sie erscheinen porös, indem in ihrem zentralen Theile mehrere kleine Lumina zu unterscheiden sind. Hier und da kann man schon mit unbewaffnetem Auge bemerken, dass obengenannte Knoten in der Nähe der Bronchialwand oder auch an dieser selbst ihren Sitz haben. In letzterem Falle bedingen sie bisweilen eine Verdickung der Bronchialwand und Verengerung des Bronchiallumens. Die verdickte Bronchialwand erscheint in den grösseren Bronchien graugelb und charakteristisch gelatinös nuancirt. Die grösseren Knoten haben ihren Sitz in der Nähe derjenigen glänzend weissen Bindegewebsstreifen, welche das Parenchym des Querlappens kreuzen; stellenweise greifen sie selbst in die Substanz dieser Bildungen ein. Sie erscheinen blassgelb oder graugelb, von ungleichmässig lockerer Konsistenz, sie sind nämlich an der Peripherie dichter, als im Zentrum, welches oft kleinzellig zerfällt. Die Knoten sind von glänzenden Streifen faserigen Bindegewebes umgeben, die auch stellenweise sich von ihnen entfernen, um sich allmälig im Lungenparenchym oder auch im faserigen Bindegewebe der breiten Streifen zu verlieren. Die Schnittfläche des linken Unterlappens stellt keinen so mannigfachen Bau dar; nur im oberen Dritttheil bemerkt man in der Nähe der Bronchiallumina kleine Knötchen; im mittleren und unteren Dritttheil hingegen hat man es nur mit gleichmässigen Verdichtungen zu thun, die sich fast bis zu den freien Rändern

hin verbreiten. Die Farbe der Lunge ist dunkelroth, die Konsistenz gleichmässig dicht, die Schnittfläche rauh, das Parenchym wie porös."

„In der rechten Lunge sind die Wucherungen des interstitiellen Bindegewebes verhältnissmässig weniger scharf ausgesprochen. Im Oberlappen Erscheinungen chronisch-parenchymatöser Entzündung. Die Schnittfläche ist dunkelschiefergrau und grauröthlich gefärbt und uneben durch hervortretende Peribronchialknoten verschiedener Grösse, die wieder durch Inseln gesunden oder schwach infiltrirten Lungenparenchyms getrennt sind. In der Spitze des rechten Oberlappens zwei bronchiektatische Höhlen, fast konfluirend und von der Grösse je einer Haselnuss; kleinere, sackartige Bronchiektasien findet man hier und da im Verlaufe des oberen und mittleren Lappens zerstreut. Das Parenchym dieser Lunge wird in verschiedenen Richtungen von breiten Streifen glänzenden, derben Bindegewebes durchschnitten, die aber hier jedenfalls kleiner sind, als in der linken Lunge. In der Nähe dieser Streifen und auch in ihrer Substanz selbst findet man die nämlichen gelblich-grauen Knoten, wie in der linken Lunge. Sie sind hier ebenfalls grösser, als die peribronchialen Knoten. Der Unterlappen erscheint gleichmässig diffus verdichtet, ganz wie der entsprechende Theil der linken Lunge."

Die mikroskopische Untersuchung der an den breiten Bindegewebstrabekeln, hauptsächlich der linken Lunge sitzenden, grauen und gelblich-weissen Knoten erwies als Hauptbestandtheil ziemlich grosse, meist spindelförmige, runde und unregelmässig ovale Bindegewebszellen, zwischen denen unregelmässig gelagerte feine Bindegewebsfäserchen und feinkörniger Fettdetritus lagen. Letzterer war auch im Protoplasma der Zellen zu finden. Die Zellenelemente der Neubildung sind theilweise zu Bündeln vereinigt, die unregelmässig nach verschiedenen Richtungen hin verlaufen; theilweise findet man sie auch konzentrisch angehäuft in der Umgebung von Blutgefässen, deren Adventitia dann gewöhnlich bedeutend verdickt und infiltrirt erscheint. Das Gefässlumen ist an manchen Stellen deutlich zu sehen, an anderen hingegen durch Druck der Zellenwucherungen beträchtlich verengert. An der Peripherie der Knoten faseriges

Bindegewebe, theils konzentrisch, theils strahlenförmig vertheilt; zwischen seinen Fasern findet man dieselben Zellenelemente, wie in der Substanz der Knoten. In einigen Knoten bedeutende Quantität von Pigment in Form zerstreuter Körner oder auch kleiner Konglomerate. Der mikroskopische Bau der kleinen Peribronchialknoten und auch der grösseren Infiltrationszonen an den Bronchialwänden liefert ungefähr die nämlichen Bilder, blos mit dem Unterschiede, dass hier die runden Zellen merklich über die spindelförmigen vorherrschen. In dem Protoplasma dieser Infiltrationszellen allenthalben grosse Mengen feinkörniger Zellsubstanz. Leere Lungenalveolen trifft man häufiger im linken, als im rechten Oberlappen; überhaupt aber findet man sie theils mit runden und unregelmässig flachen Zellen verschiedener Grösse, theils mit käsiger Masse angefüllt. In den Unterlappen beider Lungen meistentheils feinzellige Infiltration des peribronchialen und alveolären Bindegewebes. Die Gefässe stellenweise durch Infiltrationsmassen komprimirt, meistentheils aber durchgängig und in den Alveolen selbst erweitert. Die Alveolenlumina dieser Lungentheile fast leer oder wenige runde Zellen enthaltend, die nach Form und Grösse weissen Blutzellen ähnlich sind; daneben findet man auch rothe Blutkörperchen (wahrscheinlich per diapedesin aus Gefässen ausgetreten) und endlich wenige flache, an Lungenepithel erinnernde Zellen.

Nach Vogt gehört die Reihe der Veränderungen in den Lungen zwei verschiedenen krankhaften Prozessen an und lässt sich in zwei Kategorien sondern:

„Zur ersten,“ sagt Vogt, „müssen wir die oben beschriebenen kleineren und grösseren Knoten zählen, die wir hauptsächlich in der linken Lunge, theils im hyperplasirten Interstitialgewebe, theils in der Nähe der Bronchialwände oder auch in deren Substanz selbst fanden. Hierher ist auch die Interstitialentzündung und ein grosser Theil der knotigen Peribronchialinfiltration der linken Lunge zu rechnen. Der ganze Komplex dieser Erscheinungen steht unzweifelhaft in engem, genetischem Zusammenhange, was schon durch die Identität ihres mikroskopischen Bildes bewiesen wird. Als Hauptbestandtheil dieser Bildungen finden wir spindelförmige und regelmässig runde Zellen von jungem Bindegewebe,

meistentheils in verschiedenen Stadien fettigen Zerfalls. Neben diesen Zellen sehen wir auch mehr dauerhafte Elemente, sowohl spindelförmige, als faserige, welche als glänzende narbige Streifen in der Nähe der Knoten gelagert sind; diese Streifen werden stellenweise durch isolirte Haufen feinkörniger junger Bindegewebszellen oder auch durch ganze. aus den nämlichen Elementen bestehende Knoten unterbrochen, Schon auf Grund des charakteristischen makroskopischen Aussehens der Veränderungen in der linken und theilweise in der rechten Lunge, noch mehr aber im Hinblicke auf die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, müssen wir diese Neubildung als eine syphilitische anerkennen, die theils in Form diffuser Interstitialwucherungen und Peribronchialverdichtungen, theils in Form begrenzter knotiger Neubildungen auftreten, welche letztere mit Gummiknoten, der Leber und anderer Organe identisch sind.

Zur zweiten Kategoie der Veränderungen in den Lungen rechnet Vogt die Erscheinuneen der chronischen parenchymatösen (katarrhalischen) Pneunomie der rechten Lungen (des oberen und mittleren Lappens). Die Veränderungen in den unteren Theilen der Lungen stellen die Charaktere akuter parenchymatöser Entzündung dar, welche wohl in den letzten Lebenstagen entstanden sein mag als gewöhnliches Schlussglied einer chronischen Lungenentzündung."

Henop fand bei der Sektion eines 18jährigen (luetischen) Schifferjungen die folgenden eigenthümlichen Veränderungen in beiden Lungen:

„Auf dem Durchschnitt des oberen Lappens der rechten Lunge zeigt sich die Spitze ohne Verdichtungen; 1½ Ctm. tiefer drei erbsengrosse Einlagerungen. Ein gelblich-weisser, durch einzelne Pigmentstreifen graulich marmorirter, derber, gefässloser Knoten von Gänseeigrösse, für den Finger nur mit Mühe eindrückbar und auf der Schnittfläche über die Umgebung prominent, nimmt den grössten Theil der Vorderfläche des oberen Lappens der rechten Lunge ein und ist vom Pleuraüberzug nur durch eine 2 Mm. breite Schicht lufthaltigen Gewebes geschieden. Die Basis dieses grossen keilförmigen Knotens ist der Pleura, die Spitze den Bronchien zugewandt. Ein eitriger oder käsiger Zerfall ist nicht zu bemerken. Eine hyperämische Zone gesunden Gewebes um-

gibt den Knoten, dessen Prominiren über die Schnittfläche im Verein mit seiner derben Struktur den Vergleich mit einer karzinomatösen Neubildung nahe legt. An den in seinem Bereich gelegenen Bronchien sind die Wandungen stark schwielig verdickt, sowohl peripherisch als auch konzentrisch auf Kosten ihres Lumen; die Dicke der Wandungen beträgt bei einigen 3—4 Mm. Im mittleren Lappen der rechten Lunge sitzen nur zwei erbsengrosse Knoten gleicher Beschaffenheit, im unteren Lappen bis zu Taubeneigrösse. Auch die linke Lunge besitzt in ihrem vordern Lappen 6 Centimeter unterhalb der durchaus intakten Spitze einen hühnereigrossen Knoten von ähnlicher Beschaffenheit; auch dieser ist keilförmig, die Basis ist gegen die Pleura gerichtet. Ein gleicher Knoten sitzt am Hilus mit derben peribronchitischen Verdickungen; einige kleinere sitzen weiter abwärts. Im hinteren Lappen sind zwei grössere Knoten verbunden durch eine Schicht für das Auge fast normalen, für das Gefühl schon verdichteten Gewebes; in dessen Mitte ein stark verdickter Bronchus durch käsige Gerinnsel verstopft. Die Bronchialdrüsen beider Lungen sind vergrössert, hart, dunkel pigmentirt."

Aetiologie und Pathogenese.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel und braucht daher nicht erst weitläufig erörtert zu werden, dass die Lungensyphilis immer nur die Folge einer Infektion mit dem syphilitischen Gifte sein kann; schwieriger ist jedoch die Frage, zu beantworten, in welchem Stadium der Lues die Lunge erkrankt. Weder die bisherigen klinischen Beobachtungen, noch die diesbezüglichen anatomischen Untersuchungen geben in dieser Beziehung eine ausreichende Antwort.

Bei der hereditären Syphilis führt die Affektion der Lunge gewöhnlich schon frühzeitig zum Tode, viele dieser Kinder sterben noch vor, die meisten einige Tage oder Wochen nach der Geburt, und es sind nur wenige Fälle von hereditärer Lues in der Literatur verzeichnet, in welchen die Lungenaffektion erst in einer späteren Lebensepoche aufgetreten wäre.

Einen hieher gehörigen merkwürdigen Fall erzählt Lancereaux (Traité pratique et historique de la Syphilis 1873). Eine Frau, die von notorisch syphilitischen Eltern abstammte und die auch seit ihrer frühesten Kindheit die mannigfachsten Symptome der Lues zeigte, erkrankte in ihrem 40. Lebensjahre an Haemoptoe, die unter den gewöhnlichen Erscheinungen der Phthise nach einigen Monaten zum Tode führte. Bei der Sektion fand man die linke Lunge ziemlich normal, die rechte Lunge im mittleren und unteren Lappen verdichtet, von breiten fibrösen Strängen durchzogen; in dem verdichteten Gewebe einzelne harte, scharf umschriebene Knoten von

verschiedener Grösse, ebenso einzelne scharf umschriebene glattrandige Höhlen, welche nach dem Ausspruche Lancereaux's von den gewöhnlichen Tuberkelknoten, so wie auch von den Kavernen, die man bei der Tuberkulose findet, völlig verschieden waren. Ausser dem fand man bei der Sektion sowohl an der Iris als an der Tibia charakteristische Veränderungen, wie sie der Syphilis eigenthümlich sind.

Aus diesem Befunde glaubte sich Lancereaux zu dem Schlusse berechtigt, dass es sich um eine spät zum Ausbruch gekommene hereditäre syphilitische Phthise handelt, eine Annahme, die durch eine ziemlich zuverlässige Anamnese wesentlich unterstützt wird.

Von weit grösserem Interesse für die uns hier beschäftigende Frage scheint mir der folgende Fall von Bouchard, den Colin in seinen „Leçons sur la Syphilis" (Paris 1879) ausführlich mittheilt. Bei einem jungen Manne von 18 Jahren, der unter den Erscheinungen eines typhoiden Fiebers erkrankte, und bei dem während des Lebens keine sichere Diagnose gemacht werden konnte (indem einzelne Symptome auf eine Gehirn-, andere auf eine Lungenerkrankung deuteten, ohne bestimmte Anhaltspunkte für die Diagnose zu bieten). Man fand bei der Sektion nebst Syphilis der Schädelknochen und des Brustbeines Lungensyphilis. — Die von Cornil vorgenommene mikroskopische Untersuchung liess die Wucherungen an den Knochen als syphilitische Gummata von akuter Entwicklung erkennen. Ebenso glaubte Cornil aus dem Lungenbefunde, dessen ausführliche Beschreibung hier zu weit führen würde, mit voller Bestimmheit eine syphilitische Erkrankung der Lunge annehmen zu dürfen, und zwar ebenfalls von ziemlich rapidem Verlaufe. Bouchard erklärte in seinen Vorlesungen den Fall als eine Form der Syphilis hereditaria tarda.

Solche Fälle gehören jedoch immer nur zu den Ausnahmen und die Diagnosen sind, wenigstens für mich, nicht über jeden Zweifel erhaben, trotz der scheinbaren Bestätigung durch die Obduktion und selbst durch die mikroskopische Untersuchung anerkannter Autoritäten auf diesem Gebiete.

Viel wichtiger und von weit grösserem praktischem Interesse sind für uns die Fälle von Lungensyphilis in Folge von acquirirter Lues. In den meisten Fällen, die ich in der

diesbezüglichen Literatur verzeichnet finde, trat die Lungenerkrankung 2, 3 bis 5 Jahre nach der Infektion auf; doch sind auch Fälle bekannt, wo die Lungenerkrankung sich erst 5—10 Jahre, ja selbst 10—20 Jahre nach der Ansteckung manifestirte.

Meine eigenen Beobachtungen bestätigen im Allgemeinen diese Angaben. Von den Fällen, die ich früher ausführlich mitgetheilt habe, trat bei den meisten die Lungenerkrankung 5 Jahre (4—6 Jahre) nach der Infektion auf, nur bei einem, wo der sichere Nachweis der Zeit der syphilitischen Ansteckung überhaupt schwierig war, dürfte die Lungenerkrankung erst etwa 15 Jahre nach der Infektion aufgetreten sein.

Seitdem ich jedoch der Frage der Lungensyphilis eine grössere Aufmerksamkeit schenke, bin ich insoferne zu einem anderen Resultate gekommen, als ich glaube, dass die Lungensyphilis nicht blos in der bisher beschriebenen schweren Form, der meist interstitiellen Pneumonie, sondern vielleicht ebenso häufig als Bronchial- und Lungenkatarrh auftritt und verläuft. Ich habe nämlich gefunden, dass in vielen Fällen von syphilitischen Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhen, namentlich bei etwas längerer Dauer, sich zu diesen sehr häufig Bronchial- und Lungenkatarrhe hinzugesellten, die man auf dasselbe ätiologische Moment zurückführen muss, wie die Katarrhe der oberen Luftwege.

Es ist für mich um so weniger zweifelhaft, dass diesem Katarrh der tieferen Luftwege dieselbe Ursache zu Grunde liegt, als er in den meisten Fällen eigentlich blos eine Fortsetzung des Katarrhs der obersten Luftwege bildet und er gewöhnlich auch derselben anti-syphilitischen Behandlung weicht.

Diese katarrhalische Erkrankung der Bronchien und der Lungen tritt nach meiner Erfahrung, wie die gleiche Affektion im Rachen und Kehlkopfe oft schon wenige Monate nach der Infektion auf.

Ich möchte demnach die leichteren, mehr *katarrhalischen Erkrankungen* der Bronchien und der Lungen zu den sogenannten *sekundären*, die schweren, mehr *indurativen Entzündungen* dagegen zu der sogenannten *tertiären* Form der Syphilis zählen. Selbstverständlich wird man aber nur dann eine syphilitische Er-

krankung der Bronchien und der Lungen annehmen dürfen, wenn man zugleich in anderen Organen, insbesondere im Rachen und im Kehlkopfe, die unzweifelhaften Symptome der Lues findet. Auf die Momente, welche die Diagnose noch sonst stützen müssen, werde ich später zurückkommen.

Aus der bereits ziemlich grossen Reihe meiner diesbezüglichen Beobachtungen mag hier blos der folgende Fall kurz erwähnt werden.

Vor einiger Zeit konsultirte mich ein kräftig und gesund aussehender junger Mann wegen eines ihn seit Monaten quälenden hartnäckigen Hustens, zu dem sich in den letzteren Wochen ziemlich hochgradige Athembeschwerden gesellt hatten. Bei der Untersuchung fand ich: Thorax breit und gut gewölbt; der Perkussionsschall der Lunge überall hell und voll, hie und da etwas tympanitisch, die Auskultation ergab über die ganze Lunge verbreitete, feuchte, theils gross-, theils kleinblasige Rasselgeräusche. Nach diesem Befunde glaubte ich anfangs es mit einem einfachen sogenannten idiopathischen chronischen Bronchialkatarrh zu thun zu haben, hätte mich die laryngoskopische Untersuchung nicht bald auf eine andere Idee gebracht. Ich fand nämlich die Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut stark geröthet, an den Tonsillen, wie auch am weichen Gaumen einzelne Papeln, an der linken aryepiglottischen Falte ein ziemlich grosses, zackiges Geschwür mit einem schmutzig-eitrigen Belag. — Auf meine Frage gestand der Patient, dass er vor etwa sechs Monaten wohl einen Schanker gehabt hätte, dieser jedoch nach einigen Aetzungen spurlos geheilt wäre. Dem war jedoch nicht so. An der Glans fand sich eine ausgeprägte Induration. Die Rachen- und Kehlkopferkrankung war unzweifelhaft, der Bronchialkatarrh, nach meiner Ansicht wenigstens, wahrscheinlich eine Folge der Syphilis. Der Erfolg der von mir eingeschlagenen Behandlung rechtfertigte meine Annahme. Ich gab innerlich Jodkali, u. z. anfangs 2 Gr., später 3 Gramm täglich und liess zugleich mittelst meines Zerstäubungsapparates Jodkali inhaliren. Nach wenigen Wochen waren nicht allein die Erscheinungen der Rachen- und Kehlkopfsyphilis gänzlich geschwunden, sondern auch der Husten und die Athembeschwerden hatten aufgehört und von dem Bronchialkatarrh war kaum eine Spur zu entdecken.

Auf diese und ähnliche Beobachtungen, die ich in den letzten Jahren wiederholt gemacht habe, möchte ich die Aufmerksamkeit der Aerzte lenken, und insbesondere empfehlen nachzuforschen ob in vielen Fällen von Asthma, wo mittelst der Sée'schen Jodkalikur so überraschende Resultate erzielt wurden, nicht durch Syphilis hervorgerufene Bronchitis und Schwellung der Bronchialdrüsen die Ursache des Asthma waren.

Als Belege, wie lange nach der Infektion eine syphilitische Lungenerkrankung auftreten kann, mag hier noch der oft zitirte Fall Vidal's angeführt werden (Vidal de Cassis, Traité des maladies vénériennes, 1855).

Eine 32jährige Frau infizirte sich, indem sie als Amme ein notorisch syphilitisches Kind stillte. Sie bekam zuerst Geschwüre an den Brustdrüsen. Zwei Jahre später folgten die gewöhnlichen Erscheinungen der Syphilis (Haut- und Knochensyphilis in ziemlich heftigem Grade), die durch eine Schmierkur wohl allmälig beseitigt wurden, aber immer wiederkehrten. 12 Jahre später stellten sich ganz unerwartet Husten mit blutigem Auswurf und Athembeschwerden ein, die rasch zum Tode führten. Bei der Sektion fand man die früher geschilderten Erscheinungen einer chronisch-syphilitischen Pneumonie, ohne jede Spur von Tuberkulose.

Andere Autoren führen die syphilitische Lungenerkrankung auf eine noch längere Infektionsdauer zurück; doch sind die wenigsten dieser Fälle über jeden Zweifel erhaben, sowohl was die vorausgegangene Infektion, als auch was die Diagnose der Lungensyphilis betrifft.

Symptomatologie.

Die Erscheinungen der Lungensyphilis sind sowohl was die funktionellen Störungen, als was die physikalisch nachweisbaren Veränderungen betrifft, selbstverständlich sehr verschieden, je nach dem Grade und der Dauer der Krankheit und je nachdem auch andere Organe mehr oder weniger mitergriffen sind.

Die ersten Symptome, über welche die Kranken klagen, sind gewöhnlich blos ein Kitzeln im Halse, ein leichter Hustenreiz, ein Gefühl von Druck und Schwere auf der Brust. Später folgt Husten mit oder ohne Auswurf. Diese Symptome steigern sich allmälig. Die Athembeschwerden nehmen zu, der Husten wird heftiger, der früher spärliche, gewöhnlich nur schleimige Auswurf wird reichlich, mehr eitrig, hie und da auch blutig gefärbt. Im weiteren Verlaufe kann es auch zur förmlichen Hämoptoe kommen (Leudet, Lancereaux), während sich zur Dyspnoe mitunter noch hochgradige asthmatische Anfälle hinzugesellen (Vidal, Grandidier). Da nach meinen Beobachtungen bei Lungensyphilis fast immer auch der Kehlkopf mehr oder weniger miterkrankt ist, sind Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, u. z. oft hochgradige, ferner Heiserkeit, häufig bis zur gänzlichen Stimmlosigkeit die fast nie fehlenden begleitenden Erscheinungen.

Mit den eben geschilderten funktionellen Störungen halten die mittelst physikalischer Untersuchung nachweisbaren Veränderungen in der Lunge ziemlich gleichen Schritt.

Die Perkussion der Lunge ergibt anstatt des normalen hellen, vollen Schalles einen gedämpften oder auch ganz leeren

Schall und zwar am häufigsten im mittleren und unteren Lappen, seltener an der Spitze; die Resistenz ist an den gedämpften Stellen meist auffallend vermehrt. Bei der Auskultation hört man theils unbestimmtes, theils bronchiales Athmen, gewöhnlich von theils gross-, theils kleinblasigen Rasselgeräuschen begleitet, mitunter auch amphorisches Athmen und metallisches Klingen; der Stimmfremitus kann nach dem Sitze der Induration bald abgeschwächt, bald verstärkt sein.

Dies das Bild der Lungensyphilis im Allgemeinen, das sich, wie aus der Schilderung der Erscheinungen und des Verlaufes hervorgeht, auf den ersten Blick von dem der Lungenphthise kaum unterscheidet.

Wir wollen nun die einzelnen Symptome und insbesondere ihren Werth für die Diagnose und ihre Bedeutung für die Prognose näher analysiren.

Der Husten, als eines der konstantesten Symptome bei allen Lungenaffektionen, fehlt auch bei der syphilitischen Erkrankung derselben nicht; er steht jedoch nicht immer im geraden Verhältnisse zur Schwere der Erkrankung. Er kann bei tiefgreifenden Veränderungen im Parenchym der Lunge fast gänzlich fehlen und bei leichteren objektiv kaum nachweisbaren Störungen sehr heftig sein. Nach meiner Erfahrung ist der Husten bei der Lungensyphilis ebenso wie bei der Lungenphthise um so stärker, je mehr der Kehlkopf, die Luftröhre und die Bronchien mit ergriffen sind, während die eigentlichen Parenchymerkrankungen der Lunge nur dann Husten verursachen, wenn die um die Bronchien gelagerten Lymphdrüsen oder die Pleura in Mitleidenschaft gezogen werden. Endlich hängt auch hier wie bei der Lungenphthise der Husten von der individuellen Reizbarkeit des Nervensystems ab.

Die Dyspnoe steht bei der Lungensyphilis nicht immer im Verhältniss zu der Verkleinerung der respiratorischen Fläche, wie dies im Vorhinein als wahrscheinlich anzunehmen wäre. Man findet oft bei ziemlich ausgebreiteter Lungenerkrankung nur geringe Athembeschwerden, namentlich dann, wenn sie ohne Fieber einhergeht und nur langsam fortschreitet; dagegen ist die Athemnoth, wenn die Krankheit rapider fortschreitet und mit Fieber einhergeht, sehr bedeu-

tend; endlich wird die Dyspnoe noch durch die häufig gleichzeitig vorhandene Stenose des Larynx und der Trachea wesentlich gesteigert.

Die im Verlaufe der Lungensyphilis ausgeworfenen Sputa bieten nichts Charakteristisches, doch sind sie im Allgemeinen spärlicher als bei der Phthise. Sie können aber auch recht profus sein; ihre Menge hängt hauptsächlich davon ab, ob die Bronchien mehr weniger mit affizirt sind. — Bei den Gummaknoten und der interstitiellen Entzündung kann die Sekretion gänzlich fehlen, während bei der mehr katarrhalischen Form der syphilitischen Lungenerkrankung eine reichliche Sekretion stattfindet, ohne dass sich jedoch der Auswurf von dem bei der gewöhnlichen Phthise irgendwie unterscheidet. Er ist da wie dort bald mehr schleimig, bald mehr eiterig und kann auch bei Lungensyphilis, wie bei der Phthise blutig gefärbt sein, obschon im Allgemeinen bei der Lungensyphilis Blutungen weit seltener sind, als bei der Phthise, doch kommen sie auch dort vor und können mitunter selbst lebensgefährlich werden. Die Erwartung Lancereaux', dass die mikroskopische Untersuchung der Sputa Anhaltspunkte für eine Differential-Diagnose zwischen Syphilis und Phthise der Lunge bieten könnte, ist meines Wissens bis heute noch nicht in Erfüllung gegangen.

Das Fieber ist, wenn auch kein konstantes, doch ein immerhin beachtenswerthes Symptom bei der Lungensyphilis. Bäumler hat durch Messungen der Körperwärme bei Syphilitischen (Deutsches Archiv für klinische Medizin 9. Bd. 1878) nachgewiesen, dass das Fieber bei dieser Krankheit namentlich in der tertiären Periode einen intermittirenden, oder besser gesagt, stark remittirenden Typus hat, und meint sogar, dass dieser Typus in manchen Fällen einen sehr werthvollen Anhaltspunkt für die Diagnose abgeben könnte. Ohne den Werth der diesbezüglichen schönen Untersuchungen von Wunderlich, Güntz, Duffin und Bäumler irgendwie zu unterschätzen, glaube ich doch nicht, dass man aus dem Charakter des Fiebers allein je die Differential-Diagnose zwischen Lungensyphilis und Lungenphthise auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit machen könne, wenn sich nicht andere wichtigere Anhaltspunkte finden, die für die eine

oder andere Krankheit sprechen. Um so beachtenswerther ist hier das Fieber in prognostischer Beziehung, da dasselbe immer auf eine neue Eruption und auf ein Fortschreiten des syphilitischen Prozesses in der Lunge schliessen lässt.

Die mittelst Perkussion und Auskultation nachweisbaren Veränderungen hängen natürlich von dem Grade der Krankheit ab.

Bei der interstitiellen Entzündung und bei der knotigen Neubildung wird an den betreffenden Stellen leerer Perkussionsschall und bronchiales Athmen entstehen, bei der katarrhalischen Form werden wir nebst entsprechender Dämpfung des Perkussionsschalles verschiedenartige Rasselgeräusche, beim Zerfalle grösserer Gummaknoten amphorisches Athmen und klingende Rasselgeräusche hören.

Und da sowohl die Beobachtungen an Kranken als die Untersuchungen an der Leiche gezeigt haben, dass die syphilitischen Erkrankungen der Lunge mit Vorliebe im mittleren und unteren Lungenlappen auftreten, so kann der Nachweis einer Affektion in diesen Partien bei Freibleiben der Lungenspitzen immerhin für die Differential-Diagnose zwischen Phthise und Syphilis benützt werden. Doch möchte ich auf dieses Moment kein so grosses Gewicht legen, wie dies z. B. Grandidier thut, der schon aus dem Sitze der Induration (im mittleren rechten Lungenlappen) allein, die Diagnose auf Lungensyphilis stellt, selbst wenn andere sichere Merkmale der Syphilis fehlen, indem er in 30 Fällen von Lungensyphilis 27 mal dieses Verhältniss gefunden haben will. Da diese Angaben jedoch, wie schon Rollett hervorhebt, weder durch Mittheilung genauerer Krankengeschichten noch sonst wie erhärtet werden, so ist wohl vorläufig noch die Bestätigung derselben abzuwarten, um so mehr als gerade die vorliegenden anatomischen Untersuchungen einen in so hohem Grade vorwiegenden Sitz der Syphilis im rechten mittleren Lungenlappen nicht nachgewiesen haben.

Die Heiserkeit hat bei der Lungensyphilis selbstverständlich nichts Charakteristisches, sie beweist eben nur, dass der Kehlkopf mit affizirt ist und fordert den Arzt zu einer gründlichen laryngoskopischen Untersuchung auf, die ihm allein Aufschluss geben kann. Indess ist auch mit dem

Kehlkopfspiegel die Natur der Larynxaffektion nicht jedesmal gleich mit voller Sicherheit zu erkennen, da ja auch die Phthise bekanntlich ihren Lieblingssitz im Kehlkopfe hat und nicht immer leicht von Syphilis zu unterscheiden ist, und ausserdem noch, wie Rühle richtig bemerkt, die Mischung und Kreuzung der Syphilis und Phthise vor Allem im Kehlkopfe ihr Terrain haben.

Wie diese verschiedenen Prozesse nun im Kehlkopfe zu differenziren sind, werde ich später, wo ich die Diagnose bespreche, ausführlich auseinandersetzen, da ich gerade hierauf bei der Differential-Diagnose zwischen Lungensyphilis und Lungenphthise das grösste Gewicht lege.

Der Verlauf der Lungensyphilis ist gewöhnlich ein langsamer und fieberloser; doch kann die Krankheit zuweilen auch einen rascheren und fieberhaften Verlauf nehmen. Im Allgemeinen wird jedoch bei der Lungensyphilis der Gesammtorganismus nicht so sehr ergriffen und nicht so schnell unterwühlt wie bei der Phthise. Durch diese Verschiedenheit im Verlaufe unterscheiden sich die beiden Prozesse weit mehr von einander als durch die früher geschilderten Symptome der Lokalaffektion. Diese selbst bleibt ebenfalls lange und zumeist nur auf eine Lunge, oder vielmehr nur auf einen Theil der Lunge beschränkt und schreitet nur sehr langsam vorwärts. Erst im weiteren Verlaufe, oft nach jahrelanger Dauer der Krankheit, gesellt sich Fieber hinzu und nun wird auch der ganze Organismus in Mitleidenschaft gezogen. Der Patient, der trotz nachweisbarer Lungenaffektion lange Zeit kräftig und gesund aussah, magert ab, verfällt immer mehr und zeigt das bekannte Bild der Lungenphthise im vorgeschrittenen Stadium.

Aber auch jetzt unterscheidet sich die „syphilitische Phthise“ von der Lungentuberkulose sehr wesentlich durch ihre Heilbarkeit. Als solche erkannt und richtig behandelt kann die Lungensyphilis selbst in einem weit vorgeschrittenem Stadium noch geheilt werden, wie dies die schönen Fälle von Fournier, Gubler, Lancereaux, Rühle, Ziemssen, Vecchi, Sacharjin u. A. und endlich meine eigenen, früher mitgetheilten Beobachtungen unzweifelhaft beweisen.

Diagnose.

Die Diagnose der Lungensyphilis stützt sich vornehmlich auf folgende Momente: Auf die funktionellen Störungen und die nachweisbaren Veränderungen der Lunge, auf den Verlauf der Krankheit und den Einfluss der Behandlung auf dieselbe, auf die Anamnese und die Koinzidenz mit Syphilis in anderen Organen.

Die funktionellen Störungen sind, wie bereits erwähnt, durchaus nicht charakteristisch genug, um aus diesen irgend eine bestimmte Diagnose auf eine spezifische Erkrankung der Lunge basiren zu können. Alle die früher angegebenen Symptome (der Husten, die Brustschmerzen, die Athembeschwerden, das Fieber u. s. w.) kommen auch beim Bronchialkatarrh, bei der katarrhalischen und kroupösen Pneumonie, namentlich aber bei der Phthise vor.

Dasselbe gilt auch von den durch Perkussion und Auskultation nachweisbaren Veränderungen, die von denen bei der Lungenphthise nur wenig abweichen.

Dennoch ergibt die genaue Untersuchung und Beachtung aller Erscheinungen Anhaltspunkte genug für die Differenzirung der genannten Prozesse, um sie wenigstens in manchen Fällen mit voller Sicherheit von einander unterscheiden zu können.

Zunächst ist der Verlauf im Allgemeinen bei der Lungensyphilis weit langsamer und der Gesammtorganismus wird in weniger auffälliger Weise in Mitleidenschaft gezogen als bei der Phthise.

Wenn der Arzt daher bei einem kräftigen, sonst gesund aussehenden Individuum bedeutende funktionelle Störungen von Seite der Brustorgane beobachtet und wesentliche anatomische Veränderungen in denselben nachweisen kann, so muss er wenigstens an Syphilis denken und demgemäss seine Fragen stellen. Stammt das Individuum von gesunden Eltern ab, war dasselbe in Bezug auf seine Athmungsorgane früher immer gesund und findet man bei demselben Erscheinungen sekundärer oder gar tertiärer Syphilis, der Haut, der Knochen u. s. w., so gewinnt die Möglichkeit einer Lungensyphilis an Wahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit wird grösser, wenn die Veränderungen in der Lunge hauptsächlich im mittleren und unteren Lappen nachweisbar, während die Lungenspitzen frei geblieben sind; sie wird endlich zur Gewissheit, wenn man mittelst Spiegeluntersuchung Syphilis im Kehlkopfe nachweisen kann.

Einzelne Autoren (Fournier, Grandidier, Rollett und Andere) legen bei der Diagnose der Lungensyphilis ein besonderes Gewicht auf die Einseitigkeit des Prozesses und auf den Sitz der Erkrankung im mittleren Lungenlappen.

Namentlich will Grandidier in den meisten seiner Fälle von Lungensyphilis (27 von 30) die Affektion im mittleren Lappen der rechten Lunge gefunden haben; er geht so weit, bei Dämpfung im mittleren Lappen und gleichzeitigem Freibleiben der Spitzen mit Bestimmtheit auf Lungensyphilis zu schliessen, selbst wenn er keine anderweitigen Erscheinungen der Syphilis findet. Das ist nun keineswegs richtig. Ich habe wohl auch in meinen Fällen die Affektion häufig im mittleren rechten Lungenlappen konstatiren können, aber durchaus nicht ausschliesslich, ja ich habe in einigen Fällen von Lungensyphilis nur die Spitzen ergriffen gefunden. — Auch Fournier theilte jüngst (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, Tome X, 1879) einen hochinteressanten Fall von Lungensyphilis mit, wo die weit vorgeschrittene Affektion ebenfalls die linke Lungenspitze betraf. Weil in diesem Falle zugleich Fieber und allgemeine Kachexie vorhanden war, so stellte Fournier Anfangs die Diagnose auf Phthise der Lunge, bis ihn der

unerwartete Erfolg einer spezifischen Kur (die er trotz der vermeintlichen Phthise wegen eines gleichzeitig vorhandenen ungewöhnlich grossen tertiären phagadenischen Geschwüres am Unterschenkel machte) eines Besseren belehrte. Ebenso war auch in dem viel zitirten Falle Gubler's (Landrieux, Pneumopathies syphilitiques, Thèse de Paris 1872) die Affektion in den Lungenspitzen, während der mittlere und die unteren Lappen freigeblieben waren.

Auch die Einseitigkeit des Prozesses hat nur einen beschränkten Werth für die Diagnose, da mitunter auch die Phthise nur eine Lunge befällt und andererseits auch die Syphilis sich zuweilen in beiden Lungen etablirt; doch ist richtig, dass die Syphilis der Lunge häufiger einseitig bleibt als die Phthise, die gewöhnlich beide Lungen gleichmässig ergreift.

Dasselbe gilt auch von dem zirkumskripten Erkrankungsherd, dessen Nachweis Fournier für besonders werthvoll für die Diagnose hält. Theoretisch ist dies richtig konstruirt. Nachdem die Gummata meist scharf abgegrenzt sind, lässt sich auch erwarten, dass mittelst genauer physikalischer Untersuchung die zirkumskripten Knoten nachgewiesen werden können. In einzelnen Fällen kann man dies auch in der That, aber es gelingt nicht immer, schon deshalb nicht, weil ja sehr häufig auch die übrige Lunge um den Knoten herum infiltrirt ist, ähnlich wie bei der Phthise.

Indess mag immerhin erwähnt werden, dass Vecchi, auf dieses Moment gestützt, in einem Falle die Diagnose auf Lungensyphilis stellte und wo der weitere Verlauf diese Annahme bestätigte. Ein früher gesunder Mann von 32 Jahren bekam nach einer Infektion Rachengeschwüre, Schwellung der Leisten- und Halsdrüsen und einige Monate später Husten und Athembeschwerden. Bei der Untersuchung fand Vecchi links vorne in der Höhe der dritten und vierten Rippe eine elipsoide umschriebene Dämpfung. Ein mehrwöchentlicher Gebrauch von Jodkali (3 Gramm des Tages) beseitigte nebst allen übrigen Erscheinungen der Syphilis auch die Erkrankung der Athmungsorgane. (Giornale delle malattie veneree e della pelle 1869).

Dennoch möchte ich warnen, auf ein einzelnes der hier erörterten Symptome allzu grosses Gewicht zu legen; mag

es auch im Zusammenhange mit anderen Erscheinungen noch so werthvoll sein, so hat doch kein einziges einen absoluten diagnostischen Werth.

Noch weniger sichere Anhaltspunkte für die Differential-Diagnose geben die funktionellen Störungen. Der Husten, der Auswurf, der Brustschmerz, die Athembeschwerden verhalten sich, wie ich bereits erwähnt habe, bei der Lungensyphilis genau so wie bei der Phthise. Ich kann daher Sacharjin durchaus nicht beistimmen, wenn er auf Grund von zwei Fällen (die er beobachtete und die jüngst von Pavlinoff in Virchow's Archiv, 79. Bd., 1879 beschrieben wurden), das Fehlen des Hustens, des Auswurfes, des Blutspeiens und des Fiebers als Unterscheidungsmerkmale zwischen der syphilitischen Pneumonie und der Lungenschwindsucht aufstellt.

In meinen Fällen war jedesmal Husten und schleimig-eiteriger Auswurf vorhanden; in einem Falle auch blutige Sputa, doch scheint nach den bisherigen Aufzeichnungen Blutspeien in der That bei Lungensyphilis verhältnissmässig seltener vorzukommen als bei der Phthise; dass sie jedoch auch dort und zwar in ziemlich heftigem Grade auftreten und selbst den tödtlichen Ausgang herbeiführen kann, beweisen die schon erwähnten Fälle von Leudet, Lancereaux u. A.

Auch das Fieber fehlt nicht immer bei der Lungensyphilis, wie Sacharjin und andere Autoren behaupten. Bei sehr schleichender Entwickelung des Prozesses mag das Fieber immerhin unauffällig sein, dagegen dürfte es bei etwas rapiderem Verlaufe der Krankheit kaum je fehlen. Bäumler hat in einer sehr interessanten Arbeit „Ueber das Verhalten der Körperwärme als Hilfsmittel zur Diagnose einiger Formen syphilitischer Erkrankung“ nachgewiesen, dass ebenso wie bei der Eruption der sekundären Syphilis (Güntz) auch die tertiär-syphilitischen Affektionen häufig von einem remittirenden Fieber begleitet werden. Der Autor geht jedoch nach meinem Dafürhalten zu weit, wenn er in dem Typus des remittirenden Fiebers etwas Charakteristisches für die Lungensyphilis gegenüber der Lungenphthise zu finden glaubt. Derartige Fieber kommen auch bei der Phthise vor. Dagegen kann ich die Angabe Bäumler's über den Einfluss des Jodkali auf das Fieber bei Lungensyphilis aus

eigener Erfahrung bestätigen. (S. namentlich Fall 1 und 2 meiner Beobachtungen.)

Das wichtigste Moment aber für die Diagnose der Lungensyphilis bleibt die Koinzidenz mit Lues in anderen Organen, namentlich in der Haut, den Knochen, den Hoden, der Leber, im Gehirn und vor Allem im Rachen und Kehlkopfe.

Sonderbarer Weise wird fast in keinem der bisher im Leben diagnostizirten Fälle von Lungensyphilis von einer gleichzeitigen syphilitischen Erkrankung des Kehlkopfes gesprochen oder sie wird doch nur so ganz nebenbei erwähnt (Sacharjin), während ich in allen meinen Fällen von Lungensyphilis auch Kehlkopfsyphilis fand. Dass aber meine Beobachtungen richtig sind, d. h. dass Lungensyphilis fast immer nur bei gleichzeitiger Erkrankung des Kehlkopfes auftritt, beweisen am besten die betreffenden Sektionsbefunde von Virchow, Wagner, Lanceraux u. A.; ich halte daher auch die Diagnose einer Lungensyphilis, ohne Nachweis der syphilitischen Affektion des Kehlkopfes zum mindesten für gewagt und deren Richtigkeit in den meisten Fällen für höchst zweifelhaft, selbst wenn die Therapie sie hie und da zu bestätigen scheint.

So sei hier nur ein Fall aus allerjüngster Zeit erwähnt, den Langerhans im 75. Bande von Virchow's Archiv beschreibt. Ein 17jähriger Jüngling erkrankt an Lungenspitzenkatarrh mit leicht blutgefärbten Sputis. Weil nun der Junge vor einiger Zeit einen unreinen Beischlaf gepflogen hatte, dem eine Anschwellung in der linken Inguinalgegend gefolgt war, stellte Dr. Langerhans die Diagnose auf syphilitische Phthise. Für die gewagte Annahme glaubt Langerhans eine Bestätigung in dem Umstande zu finden, dass nach einer antisyphilitischen Kur (subkutane Sublimat-Injektionen) eine Besserung eintrat, d. h. die Hämoptoe sich nicht mehr wiederholte. Ich gestehe, ich hätte aus dem leichten Lungenspitzenkatarrh noch lange nicht auf Lungensyphilis geschlossen, selbst wenn ganz andere Symptome der Lues dagewesen wären als hier, wo nichts als eine geschwellte Inguinaldrüse zu finden war, und ich würde die Besserung auch dann noch nicht den Sublimatinjektionen zugeschrieben

haben, wenn der jugendliche Patient nicht nachher noch durch zwei Jahre klimatische Kurorte besucht hätte!

Die meisten Autoren scheinen eben bei ihren Diagnosen der Lungensyphilis zu vergessen, dass auch ein Phthisiker infizirt und syphilitisch werden kann, ohne dass dieser deshalb noch Lungensyphilis bekommen müsse, und dass auch wieder ein ausgesprochen syphilitisches Individuum eine gewöhnliche Lungenphthise acquiriren kann, die mit der Lungensyphilis nichts gemein hat. Die beiden Prozesse müssen eben streng unterschieden werden, so viel Aehnlichkeit sie auch mit einander haben, und so sehr sie auch einander in ihrer Entwicklung beeinflussen, indem die eine Erkrankung stets die Entwicklung der anderen wesentlich fördert.

Es ist, wenigstens nach meinen Beobachtungen, eine unbestreitbare Thatsache, dass Individuen, die zu Lungenkatarrh und zur Phthise disponirt sind, unter sonst gleichen Verhältnissen leichter eine Lungensyphilis bekommen werden, als andere Personen, deren Athmungsorgane vor der Infektion gesund waren, und umgekehrt werden Syphilitische häufig phthisisch, die ohne dieses veranlassende Moment (der syphilitischen Infektion) vielleicht nie phthisisch geworden wären.

Ich stütze mich bei diesem Ausspruche wieder hauptsächlich auf meine diesbezüglichen laryngoskopischen Beobachtungen.

Ich habe nämlich wiederholt gefunden, dass, wenn Individuen, die an chronischen Kehlkopfkatarrhen litten, sich infizirten, die Syphilis bei diesen weit häufiger und viel intensiver im Larynx auftrat, als bei anderen nicht an Kehlkopfkatarrhen leidenden Personen, indem bei ihnen die früher oft ganz leichten katarrhalischen Erosionen sich sehr bald in spezifische Ulzerationen umwandelten; umgekehrt habe ich bei allgemeiner Syphilis häufig die Entwicklung von Phthise des Kehlkopfes und der Lunge beobachtet, für welche nicht leicht eine andere Ursache als eben die Lues aufzufinden war; endlich habe ich nicht selten die Kombination beider Prozesse, der Phthise und der Syphilis im Kehlkopf beobachtet, wo ich die Diagnose im Leben gestellt und die dann auch bei der Sektion bestätigt wurde. Wenn sich nun auch die Kombination der Phthise und der Syphilis und der Einfluss, den

der eine Prozess auf den anderen ausübt, in der Lunge nicht mit derselben Genauigkeit und Bestimmtheit nachweisen lässt, wie im Kehlkopfe, so sprechen doch die anatomischen Befunde post mortem dafür, dass die genannten Krankheiten in der Lunge in ähnlicher Weise auftreten und verlaufen, wie im Kehlkopfe, und dass meine frühere Behauptung: Die Diagnose der Lungensyphilis kann nur mittelst des Kehlkopfspiegels mit voller Sicherheit gemacht werden, wenn auch scheinbar paradox, doch vollkommen berechtigt ist.

Therapie.

Dieselben Grundsätze, die für die Behandlung der Syphilis im Allgemeinen gelten, sind auch bei der Behandlung der Lungensyphilis massgebend; nur darf der Arzt bei der Wichtigkeit des affizirten Organes, bei der Gefahr, die eine längere Dauer der Krankheit mit sich bringt, nicht lange zögern, es nicht etwa erst mit der sogenannten exspektativ-hygienischen Methode versuchen, sondern er muss rasch und energisch mit den bekannten und bewährten spezifisch wirkenden Medikamenten eingreifen.

Solche bei der Lues hundert- und tausendfältig erprobte Mittel sind die Jod- und Merkurpräparate; zu diesen müssen wir auch bei der Lungensyphilis unsere Zuflucht nehmen, ohne uns durch irgend welche Bedenken abhalten zu lassen.

Welches von beiden gleich heilsamen, und doch wieder so verschieden wirkenden Medikamenten bei der Lungensyphilis den Vorzug verdient, welches in dem einen oder anderen Falle anzuwenden sei, lässt sich hier ebenso wenig mit voller Bestimmtheit sagen, wie bei der Behandlung der Lues im Allgemeinen, und ich muss, um nicht zu weitläufig zu werden, in dieser Beziehung auf die Schriften unserer hervorragenden Syphilidologen verweisen.

Nur das Eine möchte ich hier speziell erwähnen, dass die von manchen Autoren angegebene Vorschrift, bei den sekundären Erscheinungen der Syphilis Quecksilber, bei den

tertiären Formen dagegen Jod zu gebrauchen, bei der Behandlung der Lungensyphilis sich nicht gut durchführen lässt, schon deshalb nicht, weil sich die Phasen der Lues nicht immer leicht trennen lassen.

Nach meiner Erfahrung wird der Arzt gut thun, wenn er bei einmal sicher erkannter Lungensyphilis es vor Allem mit dem Jod versucht und erst, wenn dies nicht wirkt, zum Merkur übergeht; in vielen Fällen ist eine Kombination beider Mittel nothwendig.

Ich gebe gewöhnlich anfangs Jodkali oder Jodnatrium, mit zwei Gramm täglich beginnend, allmälig bis auf fünf Gramm täglich steigend. Eine nachtheilige Wirkung selbst von Monate lang fortgesetztem Jodgebrauch habe ich höchst selten beobachtet; nur bei wenigen Personen musste das Mittel bald ausgesetzt werden, indem es schon nach ganz kleinen Dosen die bekannten Erscheinungen des Jodismus hervorrief.

Bei sehr anämischen Individuen habe ich das Jodeisen (in Pulver oder Pillen, oder in der Form des Syr. ferr. jod.) oft mit überraschend gutem Erfolge gegeben, indem nebst der Anämie auch die Symptome der Lungenaffektion bald wichen.

Hie und da habe ich statt des Jodkali und Jodnatrium Jodtinktur oder auch Jodoform verordnet, ohne dass ich jedoch von den letzteren Mitteln eine bessere oder raschere Wirkung als von den ersteren gesehen hätte.

Von Merkurpräparaten wende ich bei Lungensyphilis am liebsten die graue Salbe an und ich habe mittelst einer systematisch durchgeführten Inunktionskur noch immer die relativ besten Resultate erzielt. Innerlich gebe ich von den Quecksilberpräparaten fast ausschliesslich Sublimat, und zwar gewöhnlich in Pillenform zu 1 bis 2 Centigramm, ein bis zweimal täglich, allmälig steigend. Von subkutanen Injektionen des Sublimates habe ich keine besseren Erfolge gesehen, als von dessen innerlichem Gebrauche. Inhalationen von Sublimat, die bei syphilitischen Rachen- und Kehlkopfgeschwüren oft recht wirksam sind, haben sich mir bei der Lungensyphilis nicht bewährt. Dagegen leistet das Decoct. Zittmann in einzelnen Fällen recht gute Dienste.

Auch Schwefelbäder werden von einzelnen Autoren bei Lungensyphilis gerühmt, sie haben jedoch gewöhnlich nur dann Erfolg, wenn man mit deren Gebrauch eine systematische Jod- oder Quecksilberkur verbindet, und somit beschränkt sich unsere Therapie der Lungensyphilis nebst der nothwendigen Berücksichtigung der Ernährung und der Kräftigung des Organismus auf die richtige Anwendung der bewährten spezifischen Mittel: des Jod und des Quecksilbers.

* * *

Schlusssätze.

Ich resumire nun in Kürze die Resultate meiner Beobachtungen und Studien über Lungensyphilis:

1. Die Lungensyphilis kommt weit häufiger vor, als bisher allgemein angenommen wurde. Sie ist selbstverständlich stets eine Folge einer allgemeinen Lues und tritt meist in einem späteren, schon vorgeschritteneren Stadium der Syphilis auf, sie kann sich jedoch mitunter auch in einem früheren, dem sogenannten sekundären Stadium der Lues entwickeln. Sie ist aber nie das erste und alleinige Symptom der konstitutionellen Syphilis, sondern tritt immer erst auf, nachdem früher schon andere Organe (die Haut, die Schleimhäute, die Knochen, die Leber, die Hoden, das Gehirn) von der Lues ergriffen wurden.

2. Die Symptome der Lungensyphilis sind im Allgemeinen die der Lungenphthise, weshalb auch die Affektion während des Lebens nur schwer mit voller Sicherheit zu erkennen ist. Und selbst bei der Obduktion lassen sich die beiden Prozesse nicht immer von einander unterscheiden, namentlich gilt dies von der diffusen syphilitischen Infiltration der Lunge; aber auch die weit mehr charakteristischen Gummaknoten können leicht mit Tuberkeln verwechselt werden.

3. Die Diagnose der Lungensyphilis stützt sich auf die funktionellen Störungen und die nachweisbaren Veränderungen der Lunge, auf den Verlauf und den Einfluss der Behandlung, auf die Anamnese und den Nachweis von Lues in anderen Organen. (In Betreff der Differential-Diagnose

zwischen Syphilis und Phthise muss ich hier nochmals auf das hierüber früher ausführlich Gesagte verweisen.)

4. Die Prognose bei Lungensyphilis ist, wenn auch stets ernst, doch nicht unbedingt ungünstig, namentlich wenn das Leiden rechtzeitig erkannt wird; aber selbst bei vorgeschrittener Erkrankung ist die Möglichkeit einer Heilung nicht ausgeschlossen

5. Wird die Lungensyphilis nicht rechtzeitig erkannt und nicht entsprechend behandelt, so führt sie zumeist zur Lungenschwindsucht und damit zum letalen Ausgange.

6. Die Behandlung muss selbstverständlich eine antisyphilitische sein. Jod und Merkur sind auch hier die spezifisch-wirkenden Mittel, nur muss die Behandlung eine wenngleich vorsichtige, doch zugleich energische sein. Dann erzielt man aber auch oft ganz unerwartete, mitunter geradezu überraschende Erfolge, bei denen man sich unwillkürlich an den Ausspruch Ricord's erinnert: Bei der Behandlung der Syphilis ist Alles möglich, selbst das scheinbar Unmögliche!

Gottlieb Gistel & Comp., Wien, Stadt, Augustinerstrasse 12.